

**Univerzita Karlova v Praze
Husitská teologická fakulta**

Diplomová práce

**Vybrané metody sociální práce s nesoběstačnými
klienty ve zdravotnických zařízeních**

**The selected methods of social work with clients self-non
sufficient in health care facilities**

Vedoucí práce:

prof. PhDr. Beáta Krahulcová, CSc.

Autorka:

Bc. Hana Kiliánová

Praha 2016

P O D Ě K O V Á N Í

Děkuji především vedoucí mé diplomové práce prof. PhDr. Beátě Krahulcové, CSc., za ochotu, vstřícnost, její odborné vedení a podporu, poskytnutí cenných rad a připomínek.

P R O H L Á Š E N Í

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma:

Vybrané metody sociální práce s nesoběstačnými klienty ve zdravotnických zařízeních

vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v seznamu použité literatury.

.....
(podpis autora)

V Praze dne 4. 5. 2016

Anotace

Diplomová práce s názvem „Vybrané metody sociální práce s nesoběstačnými klienty ve zdravotnických zařízeních“ se zaměřuje na problematiku aktivizace seniorů trpících syndromem demence. Poukazuje na možnosti využití nejnovějších nefarmakologických přístupů ve zdravotnických i sociálních institucích, zohledňuje fakt neoddělitelnosti zdravotní a sociální péče. Přibližuje charakteristiku a specifika onemocnění Alzheimerovou chorobou, její etiologii, jednotlivé fáze, kterými člověk s tímto onemocněním prochází. Zahrnuje i kontext stáří a stárnutí s doprovodnými geriatrickými syndromy, včetně změn psychických funkcí. Jedna z kapitol je věnována pohledu na stáří ve vztahu k paměti. Upozorňuje na důležitost včasného odhalení případné začínající kognitivní poruchy a zahájení léčby. Nastiňuje základní typologii služeb související s péčí o člověka s demencí. Práce představuje přehled vhodných přístupů a nejnovějších poznatků využívaných k ovlivnění kognitivních funkcí a poruch chování u seniorů s demencí. Zdůrazňuje důležitost znalosti biografie člověka pro kvalitní poskytování péče. Základním cílem práce je popsat a analyzovat metody používané při aktivizaci seniorů trpících syndromem demence v praxi, porovnat aktivizaci ve zdravotnických i sociálních zařízeních a prozkoumat vztah pracovníků k aktivizačním metodám. Závěrečné šetření přináší detailní analýzu současného stavu aktivizace ve vybraných zařízeních, jež vznikla na základě rozhovorů s odborníky, kteří se věnují aktivizačním činnostem.

Klíčová slova:

Aktivizace, aktivizační činnosti, Alzheimerova nemoc, arteterapie, biografický přístup, demence, geriatric, gerontopsychiatrie, kognitivní funkce, kognitivní trénink, motorika, nefarmakologické přístupy, paměť, psychomotorika, reminiscence, validace, senior, smyslová aktivizace, stáří, sociální péče, test MMSE, strategie P-PA-IA, zdravotní péče

Annotation

The thesis entitled The selected methods of social work with clients self-non sufficient in health care facilities is focused on the problematics of activation of the elderly suffering from dementia syndrome. It refers to the possibility of using the newest non-pharmacological approaches in health care and social care institutions. It also takes into account the fact of inseparability of both, health and social care. It gives insight into the characteristics and specifics of Alzheimer's disease, its etiology and particular stages which the person suffering from dementia has to go through. The thesis covers also the context of the old age and ageing with its accompanying geriatrics syndromes including changes of psychological functions. One of the chapters is dedicated to the memory at the old age. It points out the importance of early diagnosis of possible cognitive disorder starting and initiating therapy in time. It also outlines basic typology of services related to the care of the person with dementia. The thesis presents overview of eligible approaches and the latest knowledge used to affect cognitive functions and behavioral disorders in the elderly with dementia. It emphasizes the importance of good knowledge of biography of the person which is essential for being able to provide high quality care. The fundamental aim of the thesis is to give description of methods used in activation of the elderly clients suffering from dementia syndrome and to analyze them. The other goal is to confront activation in health and social care facilities and to take a close look at worker's attitude. Final survey brings detailed analysis of current situation and how does the activation in selected facilities look like. The results were taken from interviews with experts who are engaged in activation.

Keywords

Activation, Alzheimer's disease, art therapy, biographical approach, dementia, geriatrics, gerontopsychiatry, cognitive functions, cognitive training, motor activity, non-pharmacological approaches, memory, psychomotoric exercises, reminiscence, validation, elderly citizen, sensory activation, old age, social care, Mini Mental State Examination test, P-PA-IA strategy, health care

OBSAH

ÚVOD.....	11
1 VYMEZENÍ POJMŮ STÁŘÍ A STÁRNUTÍ.....	14
2 PROBLEMATIKA SOBĚSTAČNOSTI A ZÁVISLOSTI V SENIORSKÉM VĚKU.....	16
2.1 Pojetí geriatrického pacienta.....	18
2.1.1 Komplexní geriatrické hodnocení (CGA).....	20
2.2 Geriatrické syndromy a symptomy.....	22
2.2.1 Demence.....	23
2.2.1.1 Příčiny, rizikové faktory a možné mechanismy onemocnění AN.....	26
2.2.1.2 Výživa seniorů s demencí jako ukazatel kvality péče.....	26
2.2.1.3 Typologie služeb pro osoby trpící demencí.....	27
2.2.1.3.1 Zdravotní péče pro seniory s demencí.....	28
2.2.1.3.2 Sociální služby pro seniory s demencí.....	29
2.2.1.4 Příspěvek na péči.....	30
2.2.2 Pracovní činnosti sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení.....	30
2.2.2.1 Legislativní rámec sociální práce ve zdravotnictví.....	33
2.2.2.2 Role zdravotně sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení.....	34
3 STÁŘÍ VE VZTAHU K PAMĚTI.....	36
3.1 Paměť a její základní funkce.....	36
3.1.1 Rozdělení paměti dle časového hlediska.....	37
3.1.2 Rozdělení paměti dle charakteru zapamatované informace.....	37
3.1.3 Specifické druhy paměti.....	38
3.2 Změny psychických funkcí a poruchy paměti ve stáří.....	39
3.2.1 Benigní stařecká zapomnětlivost.....	41
3.2.2 Akutní zmatenost = delirium.....	41
3.2.3 Deprese.....	42
3.2.4 Poruchy paměti u seniorů se syndromem demence.....	42
3.3 Poruchy paměti z pohledu gerontopsychiatrie.....	43
3.3.1 Hodnocení kognitivních funkcí, schopnosti vykonávat denní aktivity a jiných psychických funkcí.....	44
3.3.1.1 Kognitivní poruchy v jednotlivých fázích Alzheimerovy nemoci.....	46

4 NEFARMAKOLOGICKÉ PŘÍSTUPY UŽÍVANÉ K OVLIVNĚNÍ KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ A PORUCH CHOVÁNÍ U KLIENTŮ S DEMENCÍ....48

4.1	Reminiscence	50
4.1.1	Vznik a vývoj reminiscence	52
4.1.2	Funkce vzpomínání	53
4.1.3	Formy reminiscence	54
4.1.4	Přístupy	56
4.1.5	Podpůrné zdroje a reminiscenční pomůcky	57
4.1.6	Stimulátory vzpomínek	58
4.1.7	Význam reminiscence	58
4.1.8	Konkrétní reminiscenční aktivity	59
4.2	Validace	60
4.2.1	Vznik validace.....	61
4.2.2	Realizace validační terapie.....	62
4.2.3	Cíle validační terapie.....	63
4.3	Kognitivní trénink/rehabilitace	65
4.4	Orientace realitou.....	70
4.5	Smyslová aktivizace Lore Wehner	70
4.5.1	Cíle smyslové aktivizace dle Lore Wehner.....	72
4.6	Biografický přístup prof. Böhma	73
4.7	Preterapie	74
4.7.1	Vymezení pojmu preterapie	75
4.7.2	Vznik a vývoj preterapie	75
4.7.3	Realizace preterapie	77
4.7.4	Cíle preterapie	79
4.8	Muzikoterapie	80
4.9	Arteterapie	83
4.10	Zooterapie	89
4.11	Psychomotorika a další pohybové programy.....	91
4.12	Mezigenerační program	93
4.13	Snoezelen	94

5 ŠETŘENÍ A HODNOCENÍ AKTIVIZACE KLIENTA S AN	96
5.1 Cíl šetření	98
5.2 Metody a metodika	98
5.2.1 Charakteristika zařízení a výzkumného vzorku	100
5.2.1.1 Gerontocentrum	101
5.2.1.2 PN Bohnice	103
5.2.1.3 ÚVN – oddělení sociální péče	105
5.2.1.4 Alzheimercentrum Průhonice	109
5.3 Úkoly šetření	111
5.4 Výsledky a interpretace	112
5.4.1 Seznam kategorií a podkategorií podle stanovených cílů	113
5.4.2 Gerontocentrum	114
5.4.3 PN Bohnice	130
5.4.4 ÚVN – oddělení sociální péče	136
5.4.5 Alzheimercentrum Průhonice	148
5.5 Závěry šetření	156
ZÁVĚR	161
SHRNUTÍ	163
SUMMARY	163
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:	164
SEZNAM OBRÁZKŮ	172
SEZNAM TABULEK	173
PŘÍLOHY	174

Seznam zkratek

AAA	Sportovní rekreační aktivity se zvířaty bez indikace lékařem (Animal Assisted Activities)
AAT	Hipoterapie – aktivity indikované lékařem (Animal Assisted Therapy)
ACE	Oddělení akutní péče o seniory (Acute Care of the Elderly unit)
AD	Alzheimerova demence
ADAS-cog	Kognitivní škála hodnocení Alzheimerovy choroby (Alzheimer's Disease Assessment Scale-cognitive subscale)
ADL	Základní všední činnosti (Activities of Daily Living)
AN	Alzheimerova nemoc
BPSD	Behaviorální a psychologické symptomy demence
CDR	Klinické hodnocení demence (Clinical Dementia Rating)
CGA	Komplexní geriatrické hodnocení (Comprehensive Geriatric Assessment)
CNS	Centrální nervový systém
ČALS	Česká Alzheimerovská společnost
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČR	Česká republika
DPVV	Domov péče o válečné veterány
DSM-IV	Diagnostický a statistický manuál (aktuálně ve čtvrté revizi)
FNKV	Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
GEM	Geriatrické hodnocení a koordinování péče (Geriatric Evalution and Management)
IADL	Instrumentální všední činnosti (Instrumental Activities of Daily Living)
ICHS	Ischemická choroba srdeční
LDN	Léčebna pro dlouhodobě nemocné
MCI	Mírná kognitivní porucha (Mild Cognitive Impairment)
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí (aktuálně v desáté revizi)
MMSE	Minimální vyšetření mentálního stavu (Mini-Mental State Examination) (Folsteinův test k hodnocení syndromu demence)
MoCA	Montrealský kognitivní test (Montreal Cognitive Assessment)
NPI	Vyšetření neuropsychického stavu (Neuropsychiatric Inventory)

NÚDZ	Národní ústav duševního zdraví
OMS MO	Odbor mezinárodní spolupráce Ministerstva obrany ČR
OSP	Odbor sociální péče
P-PA-IA	Péče a podpora lidem trpícím syndromem demence (strategie péče ČALS) (zkratka P-PA-IA označuje jednotlivá stadia vývoje demence, která jsou spojena s nároky na péči a podporu. „P“ označuje první stadium, které vyžaduje zejména podporu, psychologickou pomoc a poradenství. „PA“ je zkratkou pro programované aktivity, které jsou potřebné zejména ve druhém stadiu. „IA“ označuje individuální asistenci nutnou ve třetím stadiu, tedy při pokročilé demenci. Poskytování jednotlivých typů péče vyplývá z potřeb lidí s demencí v jednotlivých fázích onemocnění.)
PNB	Psychiatrická nemocnice Bohnice
SCAG	Geriatrické klinické hodnocení podle firmy Sandoz (Sandoz Clinical Assessment – Geriatric)
TO	Tazatelská otázka
TOT	„Tip of the tongue“ fenomén
ÚVN	Ústřední vojenská nemocnice

ÚVOD

Období stáří se stává významnou částí lidského života, neboť tvoří celou jeho třetinu. Je završením a naplněním smyslu života každého člověka. Zatímco dříve bylo stáří chápáno ve znamení klidného dožití v rámci rodinného kruhu, současná doba s sebou přináší více možností a touhu po aktivním prožití i této části života. Postupným vývojem společnosti došlo k rozpadu konceptu „velké rodiny“ ve smyslu oddělení starší a mladší generace, jež v některých případech končí umístěním osob do rezidenčních zařízení s trvalou péčí, přestože přáním seniora je dožití v domácím prostředí. Někdy ale, i přes veškerou snahu blízkých osob, nelze toto přání a potřebnou péči v rodině zajistit. Zejména pokud starší člověk onemocní demencí, péče se stává čím dál náročnější a postupně dochází k úplné ztrátě soběstačnosti.

Pomoc starému člověku v rodině vyžaduje velké odhodlání, soudržnost, sílu, lásku i schopnost pečovat. Na druhé straně může senior pociťovat úzkost a obavy z toho, že by byl svým blízkým na obtíž, zejména pokud se jedná o intimní oblast, dává přednost péči zajišťované odborníky, ať již v domácnosti nebo instituci. Naší prioritou by tedy mělo být vytvoření příjemného, podnětného, vstřícného a potřeby naplňujícího bezpečného prostředí i v rámci zařízení poskytujících péči a ošetrovatelské služby nesoběstačným seniorům, což klade veliké nároky na kvalifikovaný personál.

V důsledku procesu stárnutí dochází ke změnám v oblasti psychické, fyzické i sociální, se kterými se člověk musí konfrontovat a vyrovnávat. Na významu tak nabývají pojmy jako aktivní stárnutí, zdravé stárnutí, kvalita života. Kvalitu života zásadním způsobem limituje to, jak nám funguje mozek, zejména jeho kognitivní funkce. Autoři zabývající se stářím a stárnutím hovoří o normálním a patologickém stárnutí, kdy je potřeba rozlišovat a správně diagnostikovat počínající demenci, jejíž příznaky nemohou být považovány za běžný důsledek procesu stárnutí, ale za patologický stav vyžadující včasnou intervenci. Deficitu kognitivních funkcí si všimneme nejzřetelněji při potížích s pamětí, okolí pozoruje osobnostní změny, kdy za nejvíc obtěžující jsou považovány poruchy chování. S úbytkem kognitivních funkcí postupně dochází u osob nemocných demencí i ke zhoršení jejich celkové kvality života, proto je potřeba kognitivní funkce stále podporovat a posilovat. U lidí s demencí postupně hrozí i riziko sociálního vyloučení. Často se nemocný izoluje od společnosti ze strachu ze znemožnění se před svým okolím z důvodu nedostatečné slovní zásoby, neschopnosti plynule se domluvit a porozumět ostatním. Tento stav komplikují i doprovázející psychiatrické symptomy jako je úzkost a deprese. Prostřednictvím různých aktivizačních programů lze u lidí s demencí udržet,

popřípadě zlepšit jejich stav v oblasti nejen kognitivní, ale i psychické, fyzické a sociální. Samotným posilováním kognitivních funkcí podporujeme oblasti zlepšení či zachování kvality života, důstojnost člověka, soběstačnost, sociální dovednosti, snižujeme problémové chování, jako je agrese nebo neklid. Vedle farmakologické léčby jsou vhodné a v praxi stále častěji aplikované nefarmakologické přístupy k seniorům trpícím syndromem demence. Mnohé ze současných průzkumů dokazují jejich neoddiskutovatelnou prospěšnost a účinnost nejen v oblasti působení na kognitivní funkce. Důležitou součástí podpory seniora s demencí je i úzká spolupráce a doprovázení jeho rodinných pečujících.

K tématu diplomové práce s názvem Vybrané metody sociální práce s nesoběstačnými klienty ve zdravotnických a sociálních zařízeních, mne přivedl můj zájem o prohloubení a rozšíření znalostí z této oblasti. Záměrně jsem zúžila téma na problematiku lidí trpících demencí, a to z toho důvodu, že ač tento člověk nemusí mít žádné viditelné fyziologické změny způsobující nesoběstačnost, přesto ho tato nemoc dokáže vyřadit z běžného života více, než člověka na invalidním vozíku. Několik let jsem pracovala v přímé péči o seniory, kdy jsem měla možnost poznatky teorie aplikovat v praxi. V průběhu zaměstnání jsem se setkávala s klienty, kteří měli různá zdravotní postižení, byli zcela nebo částečně nesoběstační a jejich onemocnění vyžadovalo plně individuální přístup, který jsme se snažili klientům zajistit. 1 rok jsem pracovala jako pečovatelka v rezidenčním zařízení pro seniory v Anglii, z dalších zkušeností s prací se seniory mohu jmenovat Domov Sue-Ryder, kde jsem působila jako rehabilitační asistentka. V posledním zaměstnání jsem se v rámci aktivizace v denním stacionáři pro seniory s demencí věnovala zejména výtvarným aktivitám, rehabilitačnímu cvičení a kognitivnímu tréninku, seznámila jsem se ale v rámci dalšího vzdělávání i s jinými metodami a přístupy, z nichž některé přibližuji v teoretické části práce. Velkou inspirací pro mne byla též dlouhodobá stáž v denním stacionáři Gerontologického centra a absolvování kurzu zaměřeného na práci s minulostí osob vysokého věku - reminiscenci.

V teoretické části se soustředuji na deskripci pojmů stárí a paměti, pozornost věnuji psychickým změnám ve stárí a geriatrickým syndromům, zvláště pak syndromu demence. Geriatrické syndromy bývají největší překážkou a limitujícími faktory vysokého věku. Dále přibližuji obraz sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnických a sociálních zařízeních, včetně konkrétních vhodných přístupů užívaných při práci se seniory s demencí. Zmiňuji nejčastěji v praxi užívané přístupy jako je reminiscence, validace, kognitivní rehabilitace, smyslová aktivizace atd. I v pozdějším stadiu demence bývá

zachována dlouhodobá paměť, jež se tak stává důležitým nástrojem pro různé aktivizační činnosti. Vzpomínání je jednou z dimenzí spojovaných se stářím, jak praví francouzské přísloví: „mládí žije z naděje, stáří ze vzpomínek“. Dává možnost i těm klientům, kteří se v důsledku své nemoci nebo postižení nemohou přiblížit ideálnímu trendu „aktivního stárnutí“, může jim ale napomoci zapojit se do společenského života sdílením svých zkušeností, prožitků svého světa s pečujícími osobami či rodinnými příslušníky. Střípky poznání z osobní historie a minulosti klienta mnohdy vytvářejí zajímavou a barevnou mozaiku příběhů a vzpomínek. Mohou být velmi nápomocny oboustrannému porozumění a vést ke zlepšení komunikace s blízkými či pečujícími. Existuje množství činností, kterými mohou být staří lidé ještě prospěšní naší společnosti a je jen na nás, jak toho dokážeme využít a ukázat jim, že jsou pro nás stále potřební a důležití.

Cílem teoretické části je vymezení základních pojmů, srovnání odborných názorů a poznatků souvisejících s nejčastějšími onemocněními ve stáří, syndromem demence, ztrátou soběstačnosti a následnými možnými intervencemi. Dalším cílem je popsat možnosti využití aktivizačních přístupů při práci se seniory s demencí v sociálních i zdravotnických zařízeních a uvedení příkladů z praxe.

Cílem průzkumného šetření je zjistit účinnost, možnosti a limity různých forem aktivizace formou rozhovorů s pracovníky a pozorováním klientů při aktivizaci v praxi s následným porovnáním metod a přístupů pečujících v jednotlivých zařízeních. Diplomová práce by měla poukázat na synergický přístup v oblasti sociální práce a prokázat nezbytnost individuálního přístupu ke každému člověku.

V závěru si předkládaná práce klade za cíl vymezení konkrétních doporučení pro sociální práci ve zdravotnických a sociálních zařízeních.

1 VYMEZENÍ POJMŮ STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Stáří je završující a konečnou fází individuálního života, který člověk žil. Nelze ho oddělit od kontextu všech předcházejících prožitých etap. Kvalitu života ve stáří ovlivňuje způsob života, jaký člověk žil v dětství, mládí a dospělosti, což znamená, že se jedná o období, které je prožíváno značně individuálně na základě svých životních zkušeností a senioři tak představují vysoce heterogenní skupinu. Jak konstatuje Ong (2006): „Současná generace seniorů je poslední generací gramotné kultury¹“. Její životní pole a časoprostor byl utvářen specifickým kulturním životem, četbou, divadelní a filmovou produkcí, což se v následujících generacích již neopakuje. Zdá se, že touto generací seniorů končí určitý typ historického vědomí, současnou střední a mladší generaci již historie nezajímá. (sec. cit. Ong, 2006 in Sak, Kolesárová, 2012) Ve fenoménu stáří a vzpomínkách seniorů je skryt potenciál, na který nesmíme zapomínat.

Problematikou stáří a s ním spojenými důsledky se v současné době zabývá mnoho autorů, jelikož tomuto fenoménu čelí čím dál více lidí. Dožíváme se vyššího věku, než tomu bývalo v dřívějších dobách, ještě v roce 1940 se lidé dožívali průměrného věku 50 let (Haškovcová, 2002, s. 11). Dnes není výjimkou ani dosažení věku nad 90 let, tzv. fenoménu dlouhověkosti, přičemž průměrná délka života u mužů v naší zemi se pohybuje kolem 71 let, u žen kolem 78 let. Fenomén stárnoucí populace nepředstavuje jakousi jednorázovou vlnu nebo dočasný výkyv, ale jde o trvalou proměnu evropské společnosti, na kterou je potřeba reagovat.

Do popředí tak vystupuje důležitost získání alespoň základních znalostí z oborů **gerontologie a geriatrie**. Oba tyto pojmy se začaly užívat až počátkem 20. století a přibližuje je Haškovcová, která definuje **gerontologii** jako vědu o stárnutí a stáří, kterou člení dále na tři oblasti – *gerontologii experimentální*, která se zabývá mechanismy biologického stárnutí buněk, tkání a orgánů, tj. biologickými a psychologickými procesy stárnutí, *gerontologii sociální*, která sleduje společenské a sociální faktory ovlivňující proces stárnutí, zabývá se potřebami starých lidí a prevencí ve stáří zaměřující se na udržení soběstačnosti a v neposlední řadě na *gerontologii klinickou*, která je orientována na specifika chorob ve stáří a jejich léčbu, jinak též nazývána **geriatrií**. (Haškovcová, 2002, s. 9)

¹ Gramotná kultura tištěného slova nastoupila s vynálezem knihtisku a s postupným šířením gramotnosti všemi vrstvami společnosti. Vyvrcholením gramotné kultury bylo 20. století. (Sak, Kolesárová, 2012, s. 116)

K definici stáří použiji pohled našeho předního geriatra Pacovského, dle kterého stáří představuje z vývojového hlediska přirozenou, poslední ontogenetickou etapu života, která má svoje specifické znaky. Proces stárnutí bývá charakterizován posloupností nezvratných změn, které probíhají v živém organismu a díky nimž dochází k omezení a slábnutí jeho funkcí. (Pacovský, 1997, s. 54)

Proces stárnutí je zákonitý fyziologický proces, kterému se nelze vyhnout, ale probíhá u každého jedince jinak. Vyznačuje se nerovnováhou a nesouměrností stárnutí jednotlivých struktur a funkcí, zahrnuje všechny oblasti stárnutí – biologickou, psychologickou i sociální a kulturní. Problematikou stáří se tudíž zabývá nejen biologie a medicína, ale i psychologie a sociologie.

Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) lze pohlížet na klasifikaci vyššího věku takto:

- 45 – 59 let – střední (zralý věk)
- 60 – 74 let – vyšší věk (rané stáří)
- 75- 89 let – stařecký věk (senium – vlastní stáří)
- 90 let a výše - dlouhověkost

Kalendářní věk ale nemusí odpovídat věku funkčnímu, maximální geneticky naprogramovaný věk se odhaduje na 120 – 125 let. Jako největší ohrožení ovlivňující kvalitu života ve stáří člověk vnímá ztrátu soběstačnosti, kterou přibližuje následující kapitola.

2 PROBLEMATIKA SOBĚSTAČNOSTI A ZÁVISLOSTI V SENIORSKÉM VĚKU

Za důležité považuji na začátku této kapitoly vyjasnit pojem soběstačnost, pro ilustraci uvádím definici soběstačnosti, jak ji formuluje Haškovcová a Topinková.

„Soběstačnost předpokládá určitou funkce schopnost jak fyzickou, tak psychickou. Damoklovým mečem vyššího věku jsou projevy nejrůznějších psychických alterací a demence.“ (Haškovcová, 1989, s. 169)

„Soběstačný (samostatný) je člověk, který nemá podstatné omezení tělesných ani duševních schopností a který samostatně a bez pomoci nebo asistence druhých osob zvládá všechny potřebné činnosti denního života v prostředí, v němž žije.“ (Topinková, 2005, s. 7)

Tab. 1: Přehled soběstačnosti u seniorů v ČR

Soběstačnost	Věková skupina 60-74 let	Věková skupina nad 80 let
Zcela soběstační	84,8 %	48,6 %
Částečně soběstační	12,5 %	34,9%
Nesoběstační	2,9 %	16,6 %

Dle : Zavázalová, H., Zaremba , v., Vožehová, S., et al. *Některé charakteristiky života starých lidí*. Geriatria, 1998, 4. č. 1-2, s. 21-16 in Topinková, 2005, 2010, s. 7

Šimůnková poznamenává, že „naším hlavním cílem v přípravě na stáří a ve stáří samotném by mělo být co nejdéle udržet to, co jsme se naučili v prvních třech letech života – vzpřímené držení těla, chůzi, řeč a touhu poznávat.“ (in Holmerová a kol., 2014). Všichni si přejeme dožít se vysokého věku v co nejvyšší možné míře soběstačnosti a nezávislosti. Ne každý má ale to štěstí díky velké psychické a fyzické zátěži předcházejících let. V období stáří se zvyšuje výskyt kardiovaskulárních onemocnění, onkologických, metabolických, psychických a dalších chorob. Je proto třeba se seznámit se všemi faktory, které negativně ovlivňují výskyt onemocnění ve stáří, připravit se na ně a přijmout je jako výzvu. Za nejdůležitější faktory ovlivňující rozvoj onemocnění ve stáří jsou považovány genetika, vnější vlivy, involuční změny (ochabování a zmenšování tělesných tkání), vlastní přičinění (dehydratace, malnutrice, polypragmazie²), sociální příčiny (sociální či finanční

² Užívání mnoha léků, nedostatečné a nesprávné užívání léků.

nejistota, bytové problémy, změna společenské role, pocit nepotřebnosti), psychické příčiny (deprese, krize ze ztráty partnera, dítěte).

S vysokým věkem je spojován nárůst objemu chronických onemocnění, která přímo ovlivňují soběstačnost starého člověka. Dochází ke komplikacím, ke vzájemnému podmiňování nemocí, mnohdy je tak ztížena možnost správné diagnostiky a léčby. Jev, při kterém dochází ke vzájemnému sdružování chorob ve stáří, se nazývá tzv. **polymorbidita**, **multimorbidita**, **koprevalence**, kdy může být u jedince stanoven 6-8 diagnóz najednou. Statisticky trpí chronickým onemocněním téměř 80% osob ve věku 60-74, ve věku nad 70 let tento počet stoupá až na 87%. Nelze opomenout propojení zdravotní a sociální situace, tzn. každá nemoc je zároveň sociální událostí, protože mění zásadně sociální situaci seniora a naopak sociální situace a jeho životní podmínky mají vliv na zdravotní stav seniora. Tato situace se nazývá **zdravotně sociální homeostáza**. Mezi nejčastější chronické choroby ve stáří patří kardiovaskulární onemocnění, nemoci pohybového aparátu, endokrinní, respirační, trávicího ústrojí, poruchy smyslových orgánů, duševní poruchy, poruchy kontinence a úrazy. (Zavázalová a kol., 2001, s. 28-29)

Neschopnost jedince vykonávat věku přiměřenou aktivitu, tzv. **dysaptabilita** se hodnotí podle Mezinárodní klasifikace následků nemoci a podává výpověď o vlivu onemocnění na všechny složky soběstačnosti starého člověka, fyzickou, psychickou i sociální. Dysaptabilita se zvyšuje s věkem, senioři tak díky snížené soběstačnosti potřebují pomoc druhé osoby, popřípadě umístění v ústavních zařízeních. Častěji se týká žen, dochází k postupné ztrátě funkcí, které umožňují žít nezávisle v komunitě, jedná se o tzv. **IADL³ (Instrumental Activities of Daily Living, instrumentální aktivity denního života)** zahrnující schopnost samostatně cestovat, nakoupit, nakládat s penězi atp. Při ztrátě schopnosti zvládnutí základních fyzických všedních činností jako je sebeobsluha, hygiena, chůze v rámci domácnosti, najedení se, hovoříme o tzv. **ADL⁴ (Activities of Daily Living, aktivitách denního života)**. Funkční diagnóza v geriatrii je důležitá pro stanovení schopnosti zůstat soběstačný ve vztahu k posuzovanému prostředí. Ne u všech starých lidí dochází k poklesu funkčních schopností až ke stupni **závislosti, tj. nesoběstačnosti**. Dle Zavázalové zůstává 75% seniorů žít zcela nezávisle a aktivně i přes možné zdravotní obtíže ve svém domácím prostředí (Zavázalová a kol., 2001, s. 30)

³ Test IADL viz příloha č. 1

⁴ Test ADL viz příloha č. 2

Z výše uvedeného vyplývá, že **soběstačnost** seniora je v praxi posuzována ve vztahu k prostředí, kde senior žije, hodnotí se schopnost postarat se o sebe i svoji domácnost. Při zkoumání zdravotní stránky stavu člověka nelze opomíjet i sociální prostředí, je stanovována tzv. **zdravotně sociální diagnóza**. Zvýšená pozornost by měla být věnována v případě **syndromu demence** v souvislosti s posuzováním nároku na příspěvek na péči, kdy pacienti mohou prohlásit, že veškeré úkony zvládají sami, i když tomu tak nemusí být. Soběstačnost nejvíce ovlivňuje stav kognitivních funkcí, mobilita a deprese. Psychické zdraví jedince je nejčastěji posuzováno pomocí **MMSE⁵ (Mini Mental State Examination) testu**. V praxi je nutné vždy posuzovat zdravotní i sociální stránku starého člověka s ohledem na jeho další zajištění službami a při případném rozhodování o umístění do některého z ústavních zařízení. Prioritou je udržení starého člověka v jemu známém, důvěrném prostředí, ať již za pomoci pečující osoby z rodiny nebo s pomocí profesionální (home-care, terénní pečovatelská služba, respitní péče, denní stacionáře). Poruchami soběstačnosti se zabývá rehabilitační specializace označovaná jako **ergoterapie** (Occupational Therapy). (Kalvach a kol., 2008, s. 92) V souvislosti s prostředím hovoří Kalvach o tzv. kvalifikátorech prostředí, které hrají roli v ucelené rehabilitaci. Ta již není primárně zaměřena na poruchu, ale na znevýhodnění, tělesné a sociální fungování. (in Kalvach a kol., 2008, s. 93)

Důležitou, přesto v praxi mnohdy opomíjenou roli ve zdravotní péči hraje **prevence**, ať již primární, sekundární či terciární. U geriatrických pacientů jde o oddálení vzniku závislosti do co nejvyššího věku, což Zavázalová nazývá **kompresí disability**. Pro kvalitu života není rozhodující přítomnost nemoci, ale stupeň funkčního postižení, což znamená, že i nemocný člověk může být plně soběstačný (Zavázalová a kol., 2001, s. 89)

Dle šetření České alzheimerovské společnosti (ČALS) se lidé nejvíce obávají ztráty soběstačnosti, která doprovází **syndrom rozvinuté demence**. Odhaduje, že v různých zařízeních u nás v současné době žije a je ošetřováno asi 30 tisíc lidí s demencí a zhruba 100 tisíc jich zůstává v domácí péči. (Holmerová a kol., 2014, s. 67)

2.1 Pojetí geriatrického pacienta

Vymezení „geriatrických pacientů“ je v odborných kruzích stále nejednoznačné a neustálené. V širším slova smyslu se jedná o nemocné starší určitého věku, ve vyspělých

⁵ Viz příloha č. 3

zemích věk 75-80 let, za nejnižší hranici opravňující k zařazení pacienta do oborů geriatricke v souvislosti s involučními změnami je nejčastěji považován věk 65 let. „*V užším slova smyslu myslíme pouze ty seniory, kteří vykazují závažný s věkem související pokles potenciálu zdraví, který je disponuje ke specifickým zdravotním problémům, k modifikaci průběhu a manifestace chorob, k potřebě upravených přístupů, služeb a režimů a který je v neposlední řadě v souvislosti se zdravotní péčí znevýhodňuje a činí zranitelnějšími. Povaha, podoba a projevy této zranitelnosti a nikoliv samotný věk jsou klíčem k pochopení geriatrického pacienta a k rozvoji geriatrické medicíny.*“ (Kalvach a kol., 2008, s. 25) Jiné pojetí představuje Štěpánková (2014), která přímo konstatuje, že se geriatricke nemá zabývat veškerou populací nad konkrétní neměnnou univerzální věkovou hranicí, ale měla by respektovat skutečnost, že život člověka a jeho stárnutí tvoří kontinuum končící smrtí. (Štěpánková a kol., 2014, s. 79)

Současná péče o geriatrické pacienty by měla více respektovat individuální zvláštnosti stavu pacientů a jejich specifických potřeb. Zajištění včasné, intenzivní a šetrné péče při zhoršení zdravotního stavu nesoběstačných seniorů by mělo být samozřejmostí. **Nová koncepce geriatrické péče a zajištění kvalitní a odborné péče, ať již v oblasti akutní nebo následné péče nebyla dosud implementována.** (Štěpánková a kol., 2014, s. 80) Vládou byl přijat Návrh koncepce národního akčního plánu k řešení problematiky AN již v roce 2012, termín se několikrát prodloužil, protože se čekalo, zda dojde k přijetí zákona o dlouhodobé péči, k čemuž ale nedošlo.

Kalvach (in Holmerová a kol., 2014, s. 45) rozděluje seniory do skupin podle funkční zdatnosti, rizikovosti a potřeby zdravotnických služeb. Tzv. **zdatní senioři** nepotřebují geriatrickou péči vůbec, ale je jim doporučována prevence, další kategorii tvoří tzv. **elitní senioři**, kteří dále žijí jako dřív, pracují a věnují se svým koníčkům. **Nezávislí senioři** nepotřebují ani pečovatelskou ani ošetrovatelskou službu, ke zhoršení jejich zdravotního stavu dochází vlivem akutního onemocnění, které zase odezní. Klienta s mírným až středním stupněm demence (se zhoršenými kognitivními schopnostmi) lze zařadit do skupiny tzv. **křehkých seniorů**, kam patří i osoby s chronickým rizikem pádů, psychickou labilitou (depresí), kardiovaskulárním onemocněním, např. arytmií. Tito pacienti/klienti využívají jak zdravotnických, tak sociálních služeb, domácí péče apod. **Zcela závislí senioři** jsou **nesoběstační** a vyžadují nepřetržitou péči a pomoc rodiny nebo organizace. Využívají respitní péče v ústavních zařízeních, sociálních i zdravotních služeb v domovech se zvláštním režimem, léčebnách dlouhodobě nemocných nebo jsou hospitalizováni ve zdravotnických zařízeních. Dlouhodobě nesoběstační senioři by měli

mít možnost využívat komplex služeb k zachování kvality života, které se mezinárodně označují jako **služby dlouhodobé péče (Long-Term Care)**. (sec. cit. Holmerová, Jurašková&Zikmundová, 2007 in Štěpánková a kol., 2014, s. 79)

„Klinickými projevy křehkosti (frailty) jsou: dyskoordinace pohybu, změna postoje, nechutenství, hubnutí s malnutricí, senzorické deficity, poruchy paměti, apatie, imunodeficit s recidivujícími infekty, chronická bolest, únava při běžných denních činnostech, ubývání spontaneity a variability (pohybové, stravovací, programové), hypomobilita, omezování pohybových aktivit, psychomotorické zpomalení, dekondice, úbytek svalové hmoty a síly (sarkopenie), pokles tolerance tělesné a psychické zátěže, nestabilita s pády.“ (Holmerová a kol., 2014, s. 46)

Následující kapitoly se přímo týkají změn, ke kterým dochází ve stáří a díky nimž se člověk stává zranitelnějším zejména kvůli kumulaci onemocnění, z nichž některá mohou mít svůj počátek již v mládí či středním věku. Dochází i k mnoha životním změnám a zvratům v osobním životě, které mají vliv na celkovou kondici seniora.

2.1.1 Komplexní geriatrické hodnocení (CGA)

K posouzení změn probíhajících ve stáří slouží komplexní geriatrické hodnocení (Comprehensive Geriatric Assessment – CGA). Je to multidimenzionální interdisciplinární diagnostický proces zaměřený na zdravotní, funkční a psychosociální schopnosti a problémy geriatrických pacientů s cílem vypracovat celkový plán pro jejich léčbu a sledování. (sec cit. Rubenstein in Kalvach a kol., 2008, s. 49) O důležitosti tohoto hodnocení vypovídá fakt, že mnohdy má pacient v dokumentaci pouze dlouhý výčet chorob bez důležitých údajů o stavech jako jsou malnutrice, kognitivní poruchy, pohybové postižení, míra soběstačnosti atd. (Kalvach a kol., 2008, s. 49) Oblasti hodnocení můžeme rozčlenit do následujících kategorií:

- **Osobnost pacienta** (životní situace, rozhodnutí týkající se zdravotní péče, subjektivní kvalita života, existenciální smysluplnost, priority)
- **Tělesné zdraví** (základní choroba a komorbidita, funkční závažnost chorob, symptomy a syndromy související s geriatrickou křehkostí, např. inkontinence, hypomobilita)
- **Funkční výkonnost a zdatnost** (stabilita, chůze, výkonnost a soběstačnost dle ADL, IADL, tělesná kondice, výživa)

- **Duševní zdraví** (základní choroba a komorbidita, funkční závažnost duševních chorob, geriatricky významná syndromologie a symptomatologie – např. poruchy afektivity – deprese, apatie, premorbidní osobnost, psychická rovnováha)
- **Sociální souvislosti** (sociální role a vztahy, funkční náročnost a bezpečnost domácího prostředí, rizika, ekonomické zabezpečení, sociální potřeby, př. osobní asistence, pečovatelská služba, sociální dávky apod.)

Důležitou součástí klinického hodnocení je časově náročnější anamnestický rozhovor, který má specifické nuance oproti běžnému shromažďování údajů a sepisování anamnézy. Je nezbytné všít si i neverbálních informací, např. jaké vztahy panují mezi pacientem a jeho doprovodem, co svým projevem pacient sděluje. Čím křehčí je pacient, tím více by měl anamnestický rozhovor navozovat pocit důvěry, chráněného prostředí, měl by vnímat zájem, akceptaci a validaci. Zvláště u pacientů/klientů s pokročilým stupněm demence je nezbytná ochrana jejich důstojnosti. Anamnestický rozhovor může působit terapeuticky, ale i psychotraumatically, je potřeba pacienta uklidnit, získat jeho důvěru, nenechat ho v nejistotě a obavách z budoucnosti. U geriatrických pacientů je zapotřebí chránit jejich důstojnost, osobnost a kompetence, hovořit přímo k nim, ne k doprovodu, předcházet infantilizaci a používat vhodné oslovení. (Kalvach a kol., 2008, s. 54) Zásady komunikace s geriatrickými pacienty a s pacienty s demencí jsou součástí **přílohy č. 4**. Geriatrické vyšetření má svůj význam i pro plánování další péče, ať již zdravotní, sociální nebo jejich kombinaci. Definuje rizika, potřeby a priority při výběru zdravotních a sociálních služeb. V péči o geriatrické pacienty je potřeba brát ohled na všechny stupně potřeb člověka, nejen základní biologické, ale i psychosociální a spirituální potřeby. CGA se stalo v roce 1989 základem geriatrického posuzování a vedení (Geriatric Evaluation and Management, GEM). V centru zájmu hodnocení stojí osobnost pacienta a jeho životní situace a rozhodnutí, kdy léčit nebo naopak léčbu ukončit v rámci zachování kvality života, tělesné zdraví a syndromologické diagnózy, funkční zdatnost, duševní zdraví a sociální okolnosti. (Holmerová a kol., 2014, s. 51) Cílem vyšetření je zlepšení funkčního a zdravotního stavu, zpomalení nástupu onemocnění, celkové zlepšení kvality života a v neposlední řadě i omezení či zabránění neefektivním službám.

2.2 Geriatrické syndromy a symptomy

Předpokladem poskytování kvalifikovaných zdravotnických služeb je znalost specifické problematiky a potřeb geriatrických pacientů vycházejících z geriatrických syndromů. Křehký senior trpí zpravidla některými z následujících geriatrických syndromů – hypomobility, dekondice a svalovou slabostí, syndromem anorexie a malnutrice, syndromem nestability s pády, syndromem imobility, inkontinence, kognitivního deficitu, demence a poruch paměti, deliria, deprese, týrání, zanedbávání a zneužívání starého člověka, syndromem teplotní zátěže a teplotního poškození ve stáří, syndromem duálního sensorického deficitu, maladaptace a terminální geriatrické deteriorace. (Holmerová a kol., 2014, s. 46) Geriatrické syndromy zasahují oblast psychickou, somatickou i sociální. Největší riziko dlouhodobé ústavní léčby představují poruchy hybnosti s pády a demence. Často se ale stává, že jsou tyto syndromy přehlíženy a považovány za důsledek stárnutí.

Cílem této práce není podat přehled o všech chorobách doprovázejících stáří a o jejich léčbě, proto se dále věnuji geriatrickým syndromům a symptomům pouze okrajově. Zaměřuji se konkrétně na problematiku související se syndromem demence, jelikož se jí bude týkat i výzkumná část práce.

Tab. 2: Přehled geriatrických syndromů

Somatické	Psychické	Sociální
Poruchy chůze a pohyblivosti	Demence	Ztráta soběstačnosti
Závratě, nestabilita, pády a úrazy	Deprese	Závislost na pomoci druhých
Inkontinence moči a stolice	Delirium	Sociální izolace
Poruchy termoregulace	Poruchy chování	Týrání a zneužívání
Poruchy příjmu potravy/tekutin	Poruchy adaptace	Dysfunkce rodiny
Dekubity		

Dle: Topinková, E. *Geriatric pro praxi*. Galén, 2005, 2010, s. 10

2.2.1 Demence

Mezi nejčastěji zmiňovanými geriatrickými syndromy figuruje **syndrom⁶ demence**, který lze zjednodušeně charakterizovat chronickou progresivní poruchou kognitivních funkcí, omezením soběstačnosti a změnami chování, které mají celospolečenský dopad. Ke stanovení diagnózy musí být splněna tato kritéria (dle MKN-10, DSM-IV): získaná globální porucha zasahuje nejen paměť, ale nejméně jednu další oblast jako je řeč, myšlení, orientace, poznávání, úsudek, abstrakce, učení, praxe a exekutivní funkce, poruchy kognice zhoršují pracovní i společenské uplatnění seniora, trvání poruchy je nejméně 6 měsíců a má progresivní charakter. (Topinková, 2005, 2010, s. 137). Jiráček (2007) shrnuje postižení demencí do třech oblastí – kognitivní funkce, aktivity denního života a chování, emotivita a cyklus spánků-bdění, behaviorální a psychologické příznaky, přičemž postižena bývá i motorika, dochází k úpadku osobnosti a některé neurodegenerace při AN jsou i příčinou smrti. (sec cit. Jiráček in Kalvach a kol., 2008, s. 234) Rovněž Pidrman rozděluje příznaky demence do třech základních skupin, které nazývá A-B-C, kdy A (activities of daily living) znamená narušení aktivit denního života, B (behaviour) představuje poruchy chování a C (cognition) značí narušení kognitivních funkcí. (Pidrman, 2007, s. 9)

Rodina nebo okolí si většinou všimne poruch paměti jako prvních příznaků, později i úkonů zahrnujících péči o sebe. Následují psychické projevy nejistoty, úzkosti a deprese nebo nepřiměřené a dosud nepozorované chování, které bývá následkem neporozumění situaci člověkem s demencí a reakcí na ni. Nemocný může mít problémy s vyjadřováním, rozhodováním se, nedokončováním myšlenek a může působit zmateně, dezorientovaně. Postupem času se jeho osobnost mění tak, až se z něj stává někdo jiný, není se již schopen sám postarat o sebe ani o domácnost. Člověk, který onemocněl demencí, má potíže s vnímáním více věcí najednou, problém mu působí konverzace s více lidmi najednou. Problematické je přesunout pozornost z jednoho tématu na druhé. Rychlost, průběh a příznaky nemoci probíhají u každého člověka individuálně a mohou se značně lišit.

Za nejčastější příčinu demence bývá považována **Alzheimerova choroba** (50-60% všech demencí ve stáří), následována vaskulární demencí (15-30%) a dalšími

⁶ Soubor příznaků, které jsou způsobeny nevratným poškozením kůry mozku. Mezinárodní klasifikace nemocí MKN 10 definuje demenci jako „syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek, v takové míře, která omezuje soběstačnost a trvá minimálně šest měsíců.“ (www.uzis.cz/cz/mkn/index.html)

neurodegenerativními onemocněními způsobující demenci (Parkinsonova nemoc 5%), demence s Lewyho tělísky, frontotemporální demence (např. Pickova nemoc), sekundární demence potenciálně reverzibilní (toxické - alkohol, otrava kysličníkem uhelnatým, hypoxie apod.) Existuje okolo 60 známých příčin. Typologie demencí a jejich rozlišení je důležité v diagnostice a následném nasazení správné a včasné farmakologické léčby, ale nehraje až tak roli v přístupech pečujících v rozvinutých fázích jednotlivých forem, kdy základní princip a přístup pečujících zůstává v podstatě stejný. Nemocný potřebuje zejména velkou míru podpory svých blízkých či pečujících. Pečující pak potřebuje znát informace týkající se problematiky a zorientovat se v nabídce služeb a péče. Neměl by zapomínat na zásady péče o sebe a mít povědomí o tom, jak se vyrovnat se zátěží, kterou přináší každodenní péče o nemocného.

Existuje mnoho pohledů na syndrom demence a jeho progresivní vývoj. AN je příčinou ztráty mnoha základních lidských vlastností, jako je intencionalita, autonomie, identita a sociální vztahovost. Česká alzheimerovská společnost používá strategii P-PA-IA, kde jsou charakterizována jednotlivá stadia demence. **První stadium P-PA-IA** (P – pomoc a podpora), pacient je ještě poměrně soběstačný, potřebuje dopomoc nebo dohled v souvislosti s vykonáváním instrumentálních aktivit denního života (IADL). V této fázi je důležité jak proběhne stanovení (nepodcenit prvotní příznaky) a následné sdělení diagnózy pacientovi a další osobě, která bude pro pacienta od této chvíle hrát podpůrnou roli v životě. Mělo by jít o postupný proces s dostatkem času na otázky i odpovědi o průběhu onemocnění, vhodné je i zajištění pomoci psychologa a zabývat se otázkami budoucnosti, jaká opatření s ohledem na ni učinit. Neměly by chybět informace o možnostech farmakologické (kognitiva) i nefarmakologické intervence, pacienti těžší ze strukturovaných aktivit nabízených v rámci dne v domácnosti i v zařízení. Onemocnění se v této fázi nejčastěji manifestuje horším vyjadřováním, hledáním slov, obtížemi v nových situacích, zhoršením paměti na nedávné události, přičemž starší vzpomínky bývají zachovány, obtížemi s orientací v čase i prostoru, potížemi s rozhodováním, ztrátou zájmu, iniciativy, koníčků, motivace a změnami osobnosti. Ve **druhé fázi P-PA-IA** (PA – programové aktivity) dochází k výraznějšímu omezení soběstačnosti v instrumentálních denních aktivitách až k nesoběstačnosti v základních aktivitách denního života. Pacienti v této fázi již potřebují trvalý dohled, hrozí, že odejdou z bytu a už se nevrátí, vytopí byt apod. Tato fáze je charakteristická poruchami chování, které lze zvládat psychosociálními intervencemi lépe než podáváním antipsychotik s tlumivým účinkem. Je třeba vzít v úvahu, že změny chování jsou vyvolány změněným vnímáním a hodnocením reality.

Charakteristickými projevy této fáze jsou potíže s pamětí, zhoršené vyjadřování, bloudění, poruchy chování pramenící z pocitu ohrožení, nejistoty, změny situace, mohou se objevit i halucinace a bludy, nemocný již potřebuje trvalý dohled a pomoc téměř při všech činnostech, profituje v této fázi nemoci ze strukturovaných činností, které nabízí denní stacionáře. Toto období u AN trvá 2-10 let. Nemocný relativně dobře komunikuje, zvládá rutinní činnost, zapojuje se s radostí do denních aktivit. **Třetí stadium P-PA-IA** představuje pokročilou demenci (IA – individualizovaná asistence), kdy pravidelné aktivity a denní rytmus působí spíš nepohodlí než užitek. Tito pacienti tráví více času na lůžku, potřebují více odpočívat, ale ne pouze odpočívat bez jakýchkoli podnětů, mohou setrvávat v domácím prostředí za předpokladu, že o ně celodenně pečuje blízká osoba. Pokud jsou v zařízení zdravotnického nebo sociálního typu, je zde zajištěna nepřetržitá zdravotnická péče. I v poslední fázi demence lidé vnímají vlídné chování, pocit pohodlí, čistoty, chuť jídla, mohou pozorovat aktivity, i když se jich nezúčastní přímo. Stále chápou jednoduchá slova nebo gesta, nemusí ale již poznávat příbuzné, ani chápat, kde se nalézají. Ve fázi těžké demence je zapotřebí vysoce kvalifikované zdravotní a ošetrovatelské péče. Léčba je převážně symptomatická, odstraňuje nebo mírní příznaky onemocnění, neodstraňuje však příčinu. Stavy jako je retence moči, obstipace, bolest, strach, úzkost, které pacient s demencí nedokáže sdělit okolí, se mohou projevovat neklidem, pláčem, křikem, agresí, může dojít ke křečím i bezvědomí. Někdy pomůže adekvátní léčba bolesti od příznaků agitovanosti pacientů s demencí. Pokud třetí stadium dospěje do **fáze terminální**, pacient není schopen polykat, dochází k hubnutí a jiným závažným komplikacím, je otázkou, zda zavedení nazogastrické sondy má smysl, prodlouží možná život o pár týdnů, ale o jeho kvalitě se dá více než pochybovat. Z tohoto závěru je zřejmé, že péče o pacienty v terminálním stadiu onemocnění způsobujících demenci má být **péčí paliativní**. (Štěpánková a kol., 2014, s. 84-87) Odhaduje se, že do roku 2050 bude na zemi žít 131,5 miliónu lidí s Alzheimerovou chorobou nebo jinou nemocí způsobující demenci. Zahraniční prevalenční studie odhadují počet lidí s demencí v České republice pro rok 2014 na 152,7 tisíc. (Mátl, Mátlová, 2015, s. 7-10)

2.2.1.1 Příčiny, rizikové faktory a možné mechanismy onemocnění AN

Německý lékař Alois Alzheimer již v roce 1907 poprvé popsal morfologické změny v mozku, kdy dochází k ukládání amyloidu v tzv. placích a vznik neuronálních klubíček⁷, ale vlastní příčina AN nebyla dodnes zjištěna. Tyto změny pozoroval na své služebné Dorotě, která ve věku necelých 60 let jevila známky syndromu demence. (foto viz příloha č. 5b) Dříve se rozlišovala pouze senilní demence, nyní je hranicí mezi presenilní a senilní demencí věk 65 let. Jelikož neznáme příčinu, neexistuje ani kauzální léčba, která by onemocnění vyléčila. Za rizikové faktory lze považovat věk (ženy se dožívají vyššího věku, proto je větší počet žen s AN), genetické faktory, poranění hlavy, vysoký krevní tlak, metabolické poruchy (cukrovka, obezita, hladina krevních tuků a homocysteinu), deprese, která může předcházet rozvoji AN. Z některých možných mechanismů, které se projevují v průběhu AN lze jmenovat neurodegenerativní proces spojený s úbytkem neuronů, následkem čehož dochází ke zmenšování hipokampu, oxidační stres, poruchy iontové rovnováhy na membránách, metabolismus kalcia, zánět a jiné imunologické faktory, celkové metabolické změny a změny metabolismu amyloidu, nedostatek acetylcholinu. Protože neexistuje lék, o to důležitější je prevence. Nejnovější výzkumy hovoří o pozitivních účincích duševní a fyzické aktivity, zdravé, čerstvé a pestré stravy s vysokým obsahem flavonoidů (káva, čaj atp.) v prevenci onemocnění. Preparát ginkgo biloba a kalciový blokátor nitrendipin při léčbě osob s vysokým krevním tlakem prokázal snížení rizika rozvoje AN na polovinu. (Holmerová, Janečková, Niklová, 2014, s. 8-10)

2.2.1.2 Výživa seniorů s demencí jako ukazatel kvality péče

Tuto kapitolu zařazuji z toho důvodu, že se jedná o důležitou součást v léčbě a **prevenci syndromu demence**, která může oddálit snížení nebo ztrátu soběstačnosti. Nedostatečný příjem živin způsobuje patologický stav nazývaný malnutrice. Malnutrice se vyskytuje u 20 – 80 % hospitalizovaných pacientů, patří tak k nejčastějšímu jevu, se kterým se setkávají lékaři jakékoliv specializace. U geriatrických pacientů v jejím důsledku dochází ke zhoršení křehkosti, hypomobility, instability a zvyšuje riziko imobility a pádů. „Výskyt malnutrice stoupá s věkem a ve stáří se pokročilejší formy vyskytují až u 50 %

⁷ Viz příloha č. 5a

pacientů.“ (Kalvach a kol., 2008) Typickým průvodním jevem ve stáří je i oslabený pocit žízně a hladu, proto je důležité věnovat pozornost dostatečné hydrataci a výživě seniorů. Pokud se klient nachází ve stadiu mírné kognitivní poruchy, je pro něho důležitá pestrá, nutričně hodnotná a pravidelná strava. Rovnováha mezi oxidanty a antioxidanty, dostatečný příjem vitamínů a stopových prvků má pozitivní účinek na prevenci poškození neuronů a svalů. U vaskulární demence je důležité omezení živočišných tuků z hlediska prevence vaskulárních aterosklerotických změn. Za nejvhodnější a nejzdravější stravu je považován středomořský typ, bylo vypořádováno snížení výskytu Alzheimerovy choroby, Parkinsonovy nemoci i mozkových příhod. Dojde-li již k rozvoji syndromu demence, projeví se to nejčastěji snížením instrumentálních aktivit denního života (IADL). Dochází k omezení schopnosti nakoupit, vybrat si suroviny a připravit z nich pokrm, sám se najíst, rozvine se malnutrice, v jejímž důsledku se sníží svalová síla a následují další zdravotní komplikace. Je potřeba zachovat dobrou kondici, imunitu i lidskou důstojnost a s přípravou jídla pomoci. Pokročilé stadium demence se vyznačuje ztrátou schopnosti jíst samostatně, mohou se projevit potíže s polykáním. Vhodné je volit kašovitou, měkkou stravu nebo tekutou (sipping), vhodné je servírovat jídlo bez nutnosti použití příboru (sendviče apod.). Nedoporučuje se stravu mixovat, protože ta nepřináší žádný chuťový ani estetický zážitek a snižuje tak vkus klienta/pacienta. (Holmerová a kol., 2014, s. 41)

2.2.1.3 Typologie služeb pro osoby trpící demencí

Péči o lidi s demencí zajišťují dva oddělené sektory, část péče je poskytována prostřednictvím zdravotnického systému a část prostřednictvím sociálních služeb. Odborníci odhadují podíl populace pokryté službami na pouhých 10%, v čemž zaostáváme za Evropou, objem služeb by musel být trojnásobný, aby byl vyrovnán rozdíl.

Tab. 3: Služby pro osoby trpící demencí a prostředí, kde jsou poskytovány

	Terénní	Ambulantní	Pobytové
Neformální péče	Neformální péče v domácnostech	-	-
Sociální služby	Respitní péče Pečovatelská služba Tísňová péče Osobní asistence	Denní stacionáře Odborné sociální poradenství Centra denních služeb	Týdenní stacionáře Domovy pro seniory Domovy se zvláštním režimem
Zdravotní péče	Domácí péče Hospicová péče	Psychiatrické ambulance Neurologické ambulance Geriatrické ambulance Hospicová péče	Nemocnice Léčebny dlouhodobě nemocných Psychiatrické léčebny Lázeňská péče Ostatní lůžková zařízení Hospicová péče
Šedá ekonomika	Osobní služby	-	Služby hotelového typu

Zdroj: Mátl O., Mátlová M. *Zpráva o stavu demence 2015*. ČALS, 2015, s. 15

2.2.1.3.1 Zdravotní péče pro seniory s demencí

Zdravotní péče je poskytována osobám s demencí prostřednictvím ambulantní a lůžkové péče. Pokud dojde ke zhoršení zdravotního stavu seniora, dostává se na geriatrické oddělení nemocnic, tzv. oddělení následné péče. Na lůžko následné péče může být přijat k pobytu rehabilitačnímu nebo ošetrovatelského typu. Následnou, ošetrovatelskou a dlouhodobou péči (Long-Term Care) zajišťují nemocnice, psychiatrické nemocnice, rehabilitační zařízení a léčebny dlouhodobě nemocných. Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách se mohou ve zdravotnických zařízeních poskytovat pobytové sociální služby pacientům, kteří již nepotřebují zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu se neobejdou bez pomoci druhé fyzické osoby a nemohou být propuštěni ze zařízení až do doby, kdy je jim zajištěna pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěny terénní, ambulantní či pobytové služby v zařízeních sociálních služeb. Analýzy podílu péče o lidi s demencí v jednotlivých krajích ukazují, že 26% osob s demencí využívá ambulantních služeb a 6% zdravotní lůžkové péče. (Mátl, Mátlová, 2015, s. 17)

2.2.1.3.2 Sociální služby pro seniory s demencí

Sociální péče je poskytována osobám s demencí formou terénní přímo v jejich domácnosti (home care, pečovatelská služba), mohou využít též služeb ambulantních (denní stacionáře) nebo institucionální péče v pobytových zařízeních. Mezi pobytová zařízení sociálních služeb pro nesoběstačné seniory patří týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. Povinností poskytovatele těchto služeb je zajištění zdravotní péče svým rezidentům. Péči poskytují seniorům, kteří jsou umístěni v zařízeních sociálních služeb odborně způsobilí zaměstnanci, a je hrazena z veřejného zdravotního pojištění v rámci ambulantní péče ošetřujícího lékaře. Některá pobytová zařízení nabízejí pro osoby s demencí tzv. odlehčovací pobyty, kam může být člověk s demencí přijat na určitou dobu, po kterou o něho rodinný příslušník nemůže pečovat (např. z důvodu plánované operace, dovolené apod.)

Akutní geriatrická péče není dosud zakotvena v legislativě, hovoří se o nutnosti transformace zdravotnictví, snižování počtu akutních lůžek a zvýšení počtu lůžek následné péče. Problematické se jeví nerespektování potřebné diferenciaci a specializace, která by vedla ke kvalitní ošetrovatelské a rehabilitační péči a redukování lůžek následné péče na „levnější“ variantu. **V České republice dosud neexistuje systém zdravotně-sociální péče o lidi s omezenou soběstačností.** Jsou rozptýleny mezi resort zdravotnictví a sociálních věcí. Pobyt v léčebnách pro dlouhodobě nemocné a v psychiatrických nemocnicích je většinou časově omezen. Zbývají domovy se zvláštním režimem a domovy pro seniory se specializovanými odděleními pro seniory s demencí. Těchto zařízení není ale dostatečné množství, situaci komplikuje i dlouhá čekací doba na umístění.

Cílem kvalitní ošetrovatelské a sociální péče by mělo být především zabezpečení důstojného stáří, kvality života, zlepšení psychického a fyzického pohodlí a zachování nebo zlepšení soběstačnosti seniora. (Holmerová a kol. 2014, s. 53-55)

Vedle zdravotní péče a sociálních služeb je péče o lidi s demencí zajišťována i neformálně rodinnými příslušníky. Počet neformálně pečujících osob o lidi s demencí je odhadován společností Alzheimer Europe v ČR na 100 tisíc. **Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění** na léta 2014-2017 již nemá smysl schvalovat pro uplynulá období, proto byla posunuta doba jeho plnění na léta 2016-2019. (Mátl, Mátlková, 2015, s. 21-23)

2.2.1.4 Příspěvek na péči

Lidé s demencí potřebují časem stále více dopomoci, přestávají zvládat i jednoduché úkony sebeobsluhy, nejsou schopni žít samostatně každodenní život. Dle stupně závislosti na péči druhé osoby mohou od státu získat dávku, tj. příspěvek na péči, který je určen lidem s omezenou soběstačností. Za těchto podmínek je třeba podat žádost o příspěvek na péči dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Podklady pro rozhodnutí o přidělení příspěvku na péči posudkovému lékaři České správy sociálního zabezpečení podává **praktický lékař** dle zdravotního stavu pacienta. Příspěvek slouží k nákupu sociálních služeb, které mohou poskytovat jak registrovaní poskytovatelé sociálních služeb, tak osoby blízké. O dávku se žádá na příslušném úřadu práce ČR podle místa bydliště žadatele a je třeba vyplnit dva formuláře – ***Žádost o příspěvek na péči a Oznámení o poskytovateli péče***. Pracovník úřadu práce provede sociální šetření, při kterém se zaměřuje na „schopnost samostatného života osoby v přirozeném sociálním prostředí“, rozhodujícími faktory pro přiznání příspěvku jsou mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, osobní aktivity a péče o domácnost. O výši příspěvku rozhoduje úřad práce, příjemce poté musí být schopen na jeho vyzvání prokázat, že příspěvek využívá na zajištění pomoci. V případě, že dojde k hospitalizaci pacienta a je přijat na zdravotní lůžko, ztrácí nárok na příspěvek po dobu hospitalizace a tuto informaci je povinen předat úřadu práce. V praxi není mnohým lidem jasné, jakou pomoc z příspěvku mohou hradit. Jsou to pouze poskytovatelé sociálních služeb, kteří jsou registrováni na příslušném krajském úřadě. Péči mohou poskytovat jak rodinní příslušníci, tak profesionální poskytovatelé sociálních služeb⁸.

2.2.2 Pracovní činnosti sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení

Sociální práce s klienty ve zdravotnictví má v České republice dlouholetou tradici. Se změnou struktury společnosti dochází i ke změnám v sociální oblasti, přibývají problémy, k jejichž řešení je zapotřebí dosažení vyšší úrovně vzdělání sociálních pracovníků. Sociální pracovníci disponují řadou nových intervenčních přístupů, širokou

⁸ Přehled těchto poskytovatelů lze najít na <http://iregistr.mpsv.cz>.

teoretickou základnou, o kterou se mohou ve své praxi opřít. Zvýšil se i počet sociálních pracovníků v praxi. (Sklenářová in Kuzníková, 2011, s. 20) Jedná se o velmi různorodou oblast, kde dochází k prolínání dvou odvětví, **zdravotní a sociální péče**. Stěžejní úlohou sociální práce ve zdravotnictví je **pomoc** pacientovi/klientovi⁹, jeho rodině i širšímu okolí **při odstraňování nežádoucích sociálních důsledků nemoci**. V nepříznivé sociální situaci se klient ocitá tehdy, když si není schopen pomoci sám, rodinní příslušníci nemají kapacitu, neumí nebo nechtějí pomoc poskytnout nebo klient žije osaměle bez rodiny. Zlepšit kvalitu života klienta trpícího nedostatkem sociálních kontaktů může významně forma tzv. Network therapy¹⁰, již lze využívat v pomáhajících profesích zaměřených na péči o seniory i v péči o duševní zdraví. Metodikou sociální práce ve zdravotnictví se zabývala již v 70. letech Brablcová. Jako první kladla důraz na sociální práci ve zdravotnictví **v kontextu s prostředím klienta**. „Význam sociální práce ve zdravotnictví je dán komplexním pojetím jednoty organismu a prostředí a dynamickým pojetím zdraví a nemoci. Probíhá v integrálním, nedílném systému člověk – prostředí, a to prostředí v celé jeho složitosti, ve všech jeho sférách, se všemi vztahy a vazbami...“ (sec. cit. Brablcová, Charvátová in Kuzníková, 2011, s. 16).

V tehdejší době se jednalo o ojedinělý přístup, dnes nazývaný **sociálně-ekologickým modelem**, jenž bral v úvahu nároky prostředí a požadavky vyplývající z rolí jedinců v souvislosti se schopnostmi se jim přizpůsobit. Využívání vlivu psychosociální sféry na nemoc k lepší adaptaci, motivaci k léčbě, spolupráci v překonávání obtíží a tím ke zvýšení kvality života, se stává hlavním úkolem sociální práce v holistickém pojetí.¹¹ Toto celostní pojetí sociální práce ve zdravotnictví považují za optimální vzhledem k individuálním specifikům klientely. V praxi však stále na některých pracovištích zdravotnických zařízení přetrvává jednostranné administrativní uplatnění, které převažovalo před rokem 1989. Na některých pracovištích dokonce přebírá roli sociálního pracovníka administrativní asistentka či asistentka ředitelky. Management zdravotnických zařízení rozhoduje o zaměstnávání sociálních pracovníků a o tom, zda z rozpočtu bude poskytovat sociální služby či nikoli.

⁹ Termín klient označuje vztah mezi těmi, kteří poskytují službu/péči, a těmi, kteří jsou jejím objektem. V následujícím textu budu používat pro účely této práce pouze termínu klient.

¹⁰ Psychosociální podpora zdravotnického týmu formou mobilizace sítě osob, na které nemocný dobře reaguje (příbuzní, přátelé).

¹¹ Holistické pojetí v tomto kontextu představuje celostní pojetí medicíny vymezující fyziologický, psychický, sociální i duchovní rozměr lidského zdraví a nemoci.

Poslání sociální práce se zde setkává s posláním konkrétního zdravotnického zařízení při zajišťování komplexní péče o klienta. Dle cílové skupiny klientů se orientuje buď na **pomoc k soběstačnosti a podporu**, nebo je **zaměřena více terapeuticky**. V praxi zdravotně sociálních pracovníků tak dochází k používání následujících medicínských postupů, mezi které patří diagnostické metody, **určení sociální diagnózy a plánování sociální terapie**. Terapeutický přístup však nelze aplikovat u všech cílových skupin, se kterými se setkává sociální pracovník ve zdravotnictví, vhodný je například u psychiatrických klientů nebo klientů akutní péče. (Kuzníková, 2011).

Zdravotně sociální sekce profesní organizace Česká asociace sester vypracovala pracovní postup pro zdravotně sociální pracovníky s názvem „Proces sociální práce ve zdravotnických zařízeních.“ (sec. cit. Marková, Šlenkrťová in Kuzníková, 2011 s. 19). Jeho vznik podnítila nejednotnost postupů sociální práce užívaných ve zdravotnictví. O tom, jaké má zdravotně sociální pracovník podmínky pro aplikování intervencí ve zdravotnickém zařízení, pojednává např. závěrečná práce Houzarové. (2011, s. 9)

Pokud dlouhodobě nemocný starší člověk potřebuje specializovanou péči zdravotnického zařízení, nejčastěji je mu poskytována v léčebnách dlouhodobě nemocných (LDN). Klientela sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení je mnohem diferencovanější než v domovech pro seniory, sociální pracovník je mnohdy postaven před etická dilemata, která musí umět řešit a správně se v situacích rozhodovat. V případě seniora se může jednat o dilema, kdy ten trvá na propuštění do domácího prostředí, přestože jeho zhoršující se zdravotní stav a hrozící rizika hovoří proti jeho rozhodnutí. Sociální pracovník většinou respektuje autonomii klienta a snaží se zajistit domácí ošetrovatelskou péči nebo pečovatelskou službu. Opačná situace nastává v momentě, kdy klient stojí o umístění v instituci, ale nesplňuje kritéria pro umístění. Určitou pomůcku v praxi představuje etický kodex sociálních pracovníků, ale ani ten nepokrývá veškeré situace a dilemata, která mohou nastat, proto by mělo být samozřejmostí zajištění supervize. Jak jsem zjistila, ne všechna zdravotnická zařízení mají ve svém týmu sociálního pracovníka, i když o jeho potřebnosti snad již dnes není pochyb. Sociální pracovník řeší komplexní situaci pacienta/klienta, hodnotí podmínky, do kterých by se měl senior vrátit, všímá si, zda je rehabilitace dostatečná ve smyslu trénování sebeobsluhy apod. Podstatou jeho činnosti je **zabránění opakovaným hospitalizacím v lůžkovém zdravotnickém zařízení**. V některých zařízeních fungují tzv. **řízené návštěvy**, při kterých dochází k výměně informací mezi personálem a pečujícími osobami o tom, jak zvládnout péči po propuštění, jak provádět rehabilitaci, ošetrovatelské úkony i aktivizaci psychických

funkcí. Sociální práce se zaměřuje na oblast péče, která je spojena se snížením soběstačnosti a poklesem funkčních schopností seniora jako jsou **kognitivní funkce** či **mobilita**. Jak již bylo uvedeno výše, zdravotní péči a sociální práci nelze oddělovat, oba typy se v praxi prolínají a doplňují. Sociální pracovník pomáhá i v oblasti adaptace na změny související se zpretrháním stávajících sociálních vazeb, nachází se v roli prostředníka mezi klientem a lékařem, mezi klientem a jeho rodinou, institucí i společností. Poskytuje pomoc formou sociálních služeb a poradenství, pomáhá při zajišťování základních potřeb a práv, komunikuje s úřady a jinými institucemi, vykonává terénní sociální práci (sociální šetření), podílí se na humanizaci a oživení zdravotnického zařízení, pomáhá klientovi zorientovat se v jeho životní situaci, v novém prostředí i při adaptaci na život v instituci, poskytuje a vyhledává potřebné informace pro klienta, motivuje klienta ke spoluzodpovědnosti za řešení jeho životní situace, předchází konfliktům, napomáhá při jejich řešení, poskytuje zpětnou vazbu klientovi a ostatním pracovníkům zařízení, uspokojuje psychosociální potřeby a pomáhá k udržení sociálních vazeb klienta, prosazuje a snaží se o celkový prosociální přístup ke klientovi. (sec. cit. Špatenková, 2003 in Kappl, Smutek, Truhlářová (eds), 2010, s. 187)

2.2.2.1 Legislativní rámec sociální práce ve zdravotnictví

Legitimizuje právo sociálního pracovníka zasahovat do života klientů. Činnost zdravotně sociálního pracovníka způsobilého k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti vymezuje jednak Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, dále § 10 zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče, které je v těchto zařízeních způsobilý vykonávat. Tyto činnosti jsou uvedeny ve vyhlášce 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Jedná se o činnosti v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče. Jednotlivé koncepty sociální práce ve zdravotnických zařízeních vycházejí z praxe sociálních pracovníků, řídí se potřebami konkrétních pracovišť a dávají tak individuální rámec kompetencí sociálních pracovníků v jednotlivých nemocnicích. (Houzarová, 2011)

2.2.2.2 Role zdravotně sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení

Sociální pracovník ve zdravotnictví je tedy dnes členem interdisciplinárního týmu s kompetencemi poskytovat komplexní péči, což lze považovat za optimální pojetí sociální práce. Jeho role je dána koncepcí sociální práce v konkrétním zdravotním zařízení, která se může lišit podle jednotlivých požadavků nemocnic. „*Sociální pracovník se pohybuje v rámci práv a povinností definovaných právním systémem, zaměstnavatelem a profesními standardy.*“ (Matoušek, 2003, s. 44)

Z historického pohledu bylo vždy zdravotnictví propojeno se sociální prací, ale i přes snahu o legislativní ukotvení, dochází k debatám mezi dlouholetými zkušenými sociálními pracovníky působícími ve zdravotnictví, zda je nutné zdravotnické vzdělání pro profesionální výkon sociálního pracovníka, který vychází z ověřených konceptů a uplatňuje vhodné metody a přístupy ve své práci. Lze se setkat i s opačnou situací, kdy odborný nelékařský zdravotnický personál (všeobecné sestry) vykonává „sociální práci“ a v průběhu ošetrovatelského procesu zajišťuje sociální potřeby klienta. Vzděláním také nesplňují předpoklady pro výkon sociálního pracovníka tak, jak vymezuje § 109 zákona č.108/2006 Sb., kde je stanovena odborná způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka poskytujícího sociální služby ve zdravotnických zařízeních. Přestože je problematika zdravotní a sociální péče úzce propojena, postavení profese a jí vymezených činností, je stále nejednotné a nejasné. Multidisciplinarita a spolupráce odborníků při řešení komplikovaných situací spojených s onemocněním je v praxi nutností. (Kuzníková, 2011, s. 20) Zvláště v geriatrii, kdy dochází k multimorbiditě, která mění klinický obraz nemoci, prognózu i léčení a může ohrozit soběstačnost a zasáhnout tak všechny oblasti života.

Míra zapojení sociálních pracovníků v nemocnicích závisí na náplni práce, pravidelných setkáních na poradách, účasti na vizitách a na propojení sociální práce s medicínskou léčbou a ošetrovatelským procesem. Beránková zdůrazňuje i faktor, jako je fyzický prostor a stálá přítomnost sociálního pracovníka na oddělení, tj. možnost být v úzkém kontaktu s klienty i spolupracovníky. (sec. cit. in Kuzníková, 2011, s. 25)

Postavení zdravotně sociálního pracovníka v organizačně-personálním systému zdravotnického zařízení je rozporuplné. V menších zařízeních přímo podléhá náměstkyni/náměstkovi pro ošetrovatelskou péči, ve větších zařízeních, kde existuje sociální oddělení, vede jej sociální pracovník, který podléhá náměstkyni/náměstkovi,

v minimálním počtu případů podléhá přímo řediteli/ředitelce. Sociální práce jako profese se i přes veškeré úsilí stává součástí zdravotnictví, přestože jde o samostatnou vědeckou disciplínu. (Kuzníková, 2011, s. 23)

3 STÁŘÍ VE VZTAHU K PAMĚTI

Člověk se od svého narození neustále vyvíjí, rozvíjí, mění a stejně tak je tomu i v období stáří.

Stárnoucí člověk se musí přizpůsobovat přicházejícím změnám. Neradostnou perspektivou však zůstává fakt, že každý třetí člověk, který překročil věkovou hranici 80 let, musí již počítat s nějakou formou demence. Tato „*tichá epidemie 21. století*“ je vlastně „platbou“ za dlouhověkost. (Haškovcová, 2012, s. 32)

Paměť a veškeré kognitivní funkce dosahují vrcholu mezi 18. a 20. rokem života, kolem 30. roku věku již dochází k poklesu výkonnosti mozku vlivem ukládání volných kyslíkových radikálů. V dospělosti lze pozorovat tzv. TOT fenomén¹², který vyjadřujeme rčením „nemohu si vzpomenout, ale mám to na jazyku.“ V mladším věku dochází k zapomínání abstraktních pojmů, ve vyšším věku k zapomínání jmen či zeměpisných názvů. Jedná se o běžný jev, ochranný mechanismus mozku, který tak reaguje proti informačnímu zahlcení. Proces stárnutí téměř nezasahuje dlouhodobou paměť, proto si staří lidé vybavují detailně dávné události. (Suchá in Holmerová a kol., 2014, s. 89)

3.1 Paměť a její základní funkce

Paměť představuje schopnost ukládání, udržení a následného vybavování si informací. Probíhá skrze neurony centrální nervové soustavy (CNS), slučuje se s dalšími funkcemi CNS, vnímáním, emocemi, jednáním. Považujeme ji za jednu z kognitivních funkcí mozku, mezi něž patří i pozornost, schopnost orientace, logického myšlení, čtení, počítání, schopnost slovně se vyjadřovat, psát, kreslit a používat gesta. Plánování, rozhodování a organizování patří mezi exekutivní (výkonné) funkce mozku. Je-li zachován náhled na vlastní fungování mozku, hovoříme o metakognici (metapaměti).

„Paměť je definována jako schopnost organismů přijímat, uchovávat a znovu si vybavovat předchozí zkušenosti, a to i po odeznění vyvolávajících podnětů. Má čtyři složky: impregnaci (vštípení), retenci (uchování), konzervaci (uchování bez různých změn – např. zkomolení jména) a reprodukci (vybavení).“ (Suchá in Holmerová a kol., 2014, s. 84)

¹² Název pochází z angličtiny „tip of the tongue“ fenomén.

3.1.1 Rozdělení paměti dle časového hlediska

Existuje velké množství kategorizace druhů paměti. Z českých autorů se problematice paměti ve vyšším věku a jejímu trénování věnuje např. Hort, Křivohlavý nebo Suchá (in Holmerová a kol., 2014, s. 84). Tato autorka dělí paměť z časového hlediska na krátkodobou, dlouhodobou recentní a dlouhodobou trvalou.

- **Krátkodobá paměť**

Slouží k zapamatování malého množství informací po velice krátkou dobu (maximálně 90 vteřin). Smyslovými orgány zachycujícími podnět není pouze pět smyslů, které známe (zrak, sluch, čich, hmat a chuť), ale i receptory reagující na tlak, chlad, teplo, dotyk. Reakce na tyto podněty se řadí rovněž do ultrakrátkodobé paměti. Za normálních okolností jsme schopni si zapamatovat 5-9 slov. Tato kapacita 7 ± 2 položky se nazývá tzv. Millerovo číslo. Lužný takto definovanou paměť dle schopnosti zapamatovat si a následně vybavit informaci nazývá *pracovní paměť* (working memory). (Lužný, 2012, s. 13)

- **Dlouhodobá paměť recentní**

Uchovává informace z nedávné minulosti, např. co jsme měli včera k večeři. Lužný ji definuje jako střednědobou paměť, která nám umožňuje zapamatovat si informace po dobu několika dní. (Lužný, 2012, s. 13)

- **Dlouhodobá paměť trvalá**

Uchovává informace ze vzdálené minulosti s neomezenou kapacitou a neomezenou dobou uložení. U dětí je dominantnější paměť krátkodobá, ve vyšším věku je naopak výraznější dlouhodobá paměť. Do dlouhodobé trvalé paměti se řadí vzpomínky na dětství a mládí. Jedná se o nejstabilnější složku paměti, k jejímž poruchám dochází až v nejrozvinutějších fázích demence.

3.1.2 Rozdělení paměti dle charakteru zapamatované informace

- **Explicitní (deklarativní) paměť**

Zajišťuje ukládání a vybavování informací, které lze vyjádřit řečí. Explicitní paměť dále dělíme následovně:

- **Sémantická paměť** – fakta, data, encyklopedické znalosti, lexikální paměť (využíváme při luštění křížovek), numerická (čísla) a vlastní sémantická paměť zahrnující např. schémata a kategorie.
- **Ikonická paměť** – slouží pro vizuální informace.
- **Epizodická paměť** – uplatňuje se pro příběhy a informace z vlastní minulosti, vztahy (např. svatba, dovolená, maturitní zkouška)
- **Implicitní (nedeklarativní) paměť**
Představuje např. podmíněné reflexy, pohybovou paměť, emoční paměť, souvisí se senzomotorikou, tj. pohybovými odpověďmi na podněty z oblasti kognitivních procesů, obsahy nelze vyjádřit verbálně (např. hra na hudební nástroj, pečení, žehlení, pohyb při bolesti, strachu).

3.1.3 Specifické druhy paměti

Všechny druhy paměti jsou vzájemně propojené, následující rozlišení se týká jejího obsahu.

- **Prospektivní paměť**
Uchovává informace o tom, co právě chceme udělat nebo někomu říci v blízké budoucnosti. Její poruchy jsou připisovány špatné koncentraci pozornosti.
- **Pracovní paměť**
Jedná se o ultra krátkodobou paměť, která nám uchovává informace při mezi výpočtech v matematice. Tato informace se po určité době ztrácí, ale může dojít k posílení paměťové stopy opakováním a jejím přesunutím do dlouhodobé paměti.
- **Topografická paměť**
Souvisí s prostorovou orientací a uchovává nám informace o konkrétní trase, zodpovídá za zapamatování si různých orientačních bodů, např. při návštěvě cizích měst.
- **Osobní vzpomínky**
Ukládají se v dlouhodobé paměti, zejména pak v paměti epizodické, tzn. obsahující zážitky, příhody, příběhy, zkušenosti. Vždy si zapamatujeme lépe informaci, která má pro nás osobní význam, ať již pozitivní či negativní, než informaci, která s námi nijak blízce nesouvisí.

- **Emoce**

Výrazné emoce usnadňují zapamatování tím, že aktivují v mozku limbický systém, což napomáhá správnému fungování paměti, ať už se jedná o kladné nebo záporné emoce, vždy hrají významnou roli. Smyslové vjemy rovněž napomáhají vybavenosti paměti, stejně jako spojení paměti s motorikou, lépe si vždy zapamatujeme to, co si můžeme sami vyzkoušet v praxi, než to, co slyšíme.

Paměť a kognitivní funkce mohou být ovlivněny mnoha dalšími faktory, z nichž za nejvýraznější lze považovat stres, nedostatek zájmu a motivace, apatii, špatný zdravotní stav, únavu, přetížení a nedostatečný spánek, nedostatek klidu, deprese, některé léky nebo vliv biorytmů (nevyhovující denní doba). (Suchá in Holmerová a kol., 2014, s. 85-86)

3.2 Změny psychických funkcí a poruchy paměti ve stáří

Nejčastějšími patologickými duševními poruchami, které se objevují ve stáří, jsou tzv. „3D“ – deprese, delirium, demence, přičemž všechny tyto stavy mají negativní vliv na kognitivní funkce.

Kognitivní i nekognitivní funkce se hodnotí pomocí psychiatrických, psychologických a dalších standardizovaných vyšetřovacích metod a testů. Jak již bylo zmíněno v předcházejících kapitolách, nelze opomíjet psychický stav seniora ve vztahu jak k psychosociálnímu prostředí, tak k somatickému stavu, stejně tak jako dynamiku a stav změn, které nastaly oproti původnímu stavu. Je možné hodnotit jednotlivé psychické funkce zvlášť, např. kognitivní nebo emoční, ale i celkovou úroveň fungování nebo schopnost integrace všech základních psychických funkcí. Problematické bývá hodnocení kvality života pacientů a jejich subjektivního pocitu spokojenosti. Významné je, kromě včasného zachycení organických poruch typu demencí i včasné zachycení depresí, které mohou napodobovat příznaky demencí (sec. cit. Baštecký et al., 1994; Höschl et al., 2002; Raboch a Zvolský, 2001 in Kalvach a kol., 2008, s. 82)

Dle Suché (2014) dochází vlivem fyziologických procesů stárnutí mozku u starších osob k řadě změn, přičemž tyto změny ne vždy souvisí se samotnými změnami v mozku. Vliv na zhoršení kognitivních funkcí může mít i celkové zpomalení a zhoršená percepce, nejen diagnostikovaná demence. U některých starších lidí lze pozorovat i zlepšení duševních funkcí ve smyslu získání většího nadhledu díky životním zkušenostem,

trpělivosti nebo schopnosti rozlišit podstatné od nepodstatného. Také lze pozorovat větší všímavost vůči některým detailům. Během stárnutí se zhoršují zejména funkce pravé mozkové hemisféry, která ovlivňuje kreativitu, fantazii, asociační myšlení, zrakově-prostorové schopnosti apod., u některých kognitivních výkonů se naopak zesilují funkce levé mozkové hemisféry.

Výzkumy, které se zaměřují na tematiku práce s pamětí (kognitivní trénink, trénování paměti), dokazují, že největší zisk mají zdraví jedinci následováni osobami s mírnou kognitivní poruchou. U lidí s demencí se osvědčují z nefarmakologických přístupů reminiscenční terapie, validační přístup, orientace realitou, bazální stimulace, pet-terapie, kinezioterapie apod.

Pokud má senior pochybnosti, zda se již nejedná pouze o běžnou zapomnětlivost nebo nesoustředěnost, ale jeho kognitivní problémy značí závažnější onemocnění, je na místě odborné vyšetření lékařem. Ne vždy se musí jednat o demenci, paměť ovlivňuje rovněž deprese nebo méně závažná porucha paměti, tzv. mírná kognitivní porucha (MCI). Projevy MCI týkající se koncentrace pozornosti, rozhodování apod. se manifestují v takové formě, že je nelze přehlédnout a všimnou si jich i druzí. Jde o situace, kdy člověk nemůže najít brýle, klíče, telefon, nemůže si vzpomenout na něčí jméno, zapomíná termíny schůzek atp. V tomto případě je to již porucha, ale ještě ne demence, i když zhruba pětina osob s MCI může demencí onemocnět. Pro potřeby této práce se dále zaměřím na specifika problematiky seniorů s diagnostikovanou demencí.

Mezi 10 varovných příznaků, u kterých lze uvažovat o některém z typů demencí, patří:

1. Ztráta paměti, která ovlivňuje schopnost plnit běžné pracovní úkoly
2. Problémy s vykonáním běžných činností
3. Problémy s řečí
4. Časová a místní dezorientace
5. Špatný anebo zhoršující se racionální úsudek
6. Problémy s abstraktním myšlením
7. Zakládání věcí na nesprávné místo
8. Změny v náladě nebo chování
9. Změny osobnosti (zmatenost, podezíravost, ustrašenost)
10. Ztráta iniciativy

(Suchá in Holmerová a kol., 2014, s. 93)

3.2.1 Benigní stařecká zapomnětlivost

Tento pojem byl nově nahrazen slovním spojením „poškození paměti ve vztahu k věku.“ Jedná se o fyziologické změny psychických a kognitivních schopností při normálním procesu stárnutí. Tyto změny představují drobné abnormality, které můžeme pozorovat u většiny zdravé populace. Při benigní zapomnětlivosti si člověk stěžuje na drobné poruchy paměti (výbavnost detailů, jmen, čísel), nejedná se však o postupující stav jako u demence. Tento stav je odborně nazýván jako věkem podmíněný pokles kognitivních funkcí. (Pokorná, 2010, s. 50) Tyto poruchy se objevují zejména při výbavnosti ze zásobní paměti, dnes se zařazují mezi mírné poruchy poznávacích funkcí (MCI). U starších osob se mohou vyskytnout *poruchy myšlení při snížené pozornosti* a tzv. *benigní zapomnětlivost stárnoucích*. Tyto ohraničené poruchy paměti se vyskytují u 20-50% populace lidí ve věku nad 50 let. Na rozdíl od demencí však není u benigní zapomnětlivosti přítomen celkový deficit intelektových funkcí a nejsou narušeny aktivity a chování staršího člověka. Benigní zapomnětlivost může u 30-50% postižených přejít v demenci.

3.2.2 Akutní zmatenost = delirium

„Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) a klasifikace Americké psychiatrické asociace DSM-IV (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders) definují delirium jako přechodný organický psychosyndrom s akutním začátkem, vznikající v důsledku somatické nebo psychické choroby nebo poruchy přesahující adaptační schopnosti mozku.“ Jedná se o akutní až život ohrožující stav, ale jde o stav reverzibilní, proto je nutné ho včas odhalit. Díky včasnému rozpoznání, залечení nebo prevenci může být zkrácena doba hospitalizace, snížena mortalita i morbidita osob v delirantním stavu. První příznaky se mohou objevit v rámci několika hodin až dnů, kdy se střídají momenty orientace a bdělosti s momenty dezorientace, kdy pacient/klient není orientován časem ani místem a nepoznává ani blízké osoby. Zachováno bývá pouze vědomí vlastní osoby. Tento syndrom se nejčastěji objevuje odpoledne nebo večer (tzv. sun-downing syndrom), typická je pro něj tzv. spánková inverze, tj. přes noc je člověk bdělý, ve dne ospalý. Mohou se objevit iluze i halucinace, vztahovačnost, lze pozorovat smutek, apatii, úzkost, zpomalené tempo řeči. Odborníci v praxi rozlišují tři typy deliria – hyperaktivní, hypoaktivní a smíšený. První formu charakterizuje neklid, křik, agresivita, druhou skleslost, apatie a

pasivita, ve třetí se střídají v různé míře obě tyto fáze. Pokud se pracovníkům podaří zachytit počínající delirantní stav, všimnou si zmatenosti, dezorientace i potíží s pamětí, mohou se vyhnout následujícím potížím spojeným s poruchami chování. V praxi může být těžké rozpoznat delirium u seniorů, protože se projevuje nejčastěji právě v hypoaktivní formě, kterou lze snadno přehlédnout. Delirium může tzv. nasedat na demenci a komplikovat tak její rozpoznání. Z dalších faktorů komplikujících diagnostiku je třeba zmínit i depresi. (Štěpánková a kol., 2014, s. 94 - 95)

3.2.3 Deprese

Lze ji označit za nejzávažnější a nejčastější psychickou poruchu ve vyšším věku, která významně ovlivňuje kvalitu života jedince i jeho blízkých. Ve stáří se deprese typicky vztahují k dalším geriatrickým syndromům, ovlivňují soběstačnost, autonomii i integraci a mají další sociální následky (sec. cit. Holmerová, Vaňková&Jurašková, 2008; Kalvach et al., 2008 in Štěpánková, 2014, s. 87-88) Depresivní porucha může být zaměňována za syndrom demence, protože jeho příznaky napodobuje. Hovoříme o tzv. **depresivní pseudodemenci**. Rozdíl lze pozorovat v tom, že depresivní pacienti si na své potíže stěžují, kdežto pacienti s demencí problém zastírají. „*Apatie, nejistota, depresivní nálada mohou být u staršího člověka snadno zaměněny za nejistotu plynoucí z poruchy kognitivních a exekutivních funkcí u počínající demence.*“ (sec. cit. Holmerová&Vaňková, 2009 in Štěpánková, 2014, s. 88) Diferenciální diagnostika demence a deprese je součástí přílohy č. 5. Deprese je rovněž považována za významný rizikový faktor předcházející rozvoji demence (Alzheimerovy nemoci) a komorbiditu, která negativně zasahuje do života pacienta i jeho okolí. Symptomy deliria, deprese a demence se mohou vyskytovat i společně, což bývá komplikací správné diagnostiky. Depresivní člověk ztrácí schopnost využívat plně kognitivních funkcí.

3.2.4 Poruchy paměti u seniorů se syndromem demence

Za nejčastější příčinu porušené paměti bývá ve vyšším věku považována **Alzheimerova nemoc (dále jen AN) a jiné formy demence**. V České republice žije podle kvalifikovaných odhadů více než 140 000 lidí postižených AN nebo jinou formou demence, na významu tak nabývá jakákoliv forma osvěty a podpory v této oblasti, ať již

v rodinné či profesionální péči. ČALS vydává pro lidi s různě rozvinutou demencí Sešity pro trénování paměti a dílčích kognitivních funkcí ve dvou stupních obtížnosti. Obtížnost 1 je určena pro osoby s rozvinutější formou demence, kteří tak mají procvičovat nejen paměť, ale i schopnost plánovat a rozhodovat se, zrakově prostorové dovednosti, pozornost, řeč i slovní zásobu. Zapomínání je lidské a patří k životu, ale zapomínat na lidi s demencí bychom neměli. Projevením zájmu o životní zkušenosti a příběh nemocného seniora mu dáváme šanci zažít pocit potřebnosti a smysluplnosti. V tomto momentě může sehrát svou roli vzpomínání na pozitivní události ze života, čehož využívají různé formy reminiscenční terapie a s ní spojené aktivity. V dalších kapitolách se budu věnovat reminiscenci podrobněji.

3.3 Poruchy paměti z pohledu gerontopsychiatrie

Zvláštnostmi psychiky a léčbou psychických onemocnění ve stáří se zabývá specializace oboru psychiatrie – gerontopsychiatrie. Správný výkon paměťových funkcí podmiňuje fungování vyšších psychických funkcí jako je myšlení a intelekt. Poruchy paměti jsou nejrozšířenějším příznakem, ale zdaleka ne všechny patří k diagnostickému okruhu demence, byť se ve stáří vyskytují často. Je nutné rozlišovat, zda se jedná o izolované poruchy paměti nebo o demenci a zjistit příčinu poruchy. Při fyziologickém stárnutí zůstává zachována tzv. krystalická složka inteligence, která je představována systémem vědění, souvislostmi, zkušenostmi, metodikou, při současném poklesu fluidní složky, která souvisí s improvizací, pohotovostí a rychlostí výkonu. Změny paměti a dalších kognitivních funkcí mohou zasáhnout všechny její funkce, tj. vstřípivost, úchovnost (tenacitu), výbavnost. Fyziologické stáří je charakterizováno poruchami tzv. **novopaměti** (dlouhodobá paměť na novější události), dobře zachovalou **staropamětí** (dlouhodobé paměti na starší události) a zachovanou **okamžitou pamětí**. Ve stáří se objevuje přehnaná výbavnost detailů, tzv. *hypermnézie* pro události z dětství, mohou se objevit i *paramnézie*¹³ nebo *konfabulace*¹⁴.

¹³ Velký lékařský slovník definuje paramnézii jako poruchu paměti s doplňováním nepřesných údajů o proběhlých událostech, může se běžně vyskytovat i u zdravých osob, je druhem dysmnézie.

¹⁴ Konfabulace – smyšlenka. Vymyšlení minulých událostí, které má zakrýt těžkou poruchu paměti při organickém poškození mozku, např. chronickým alkoholismem. Postižený této smyšlenky věří, po čase ji však opět zapomíná a vytváří si novou. K. jsou běžné a normální u malých dětí, někdy se však objevují i později jako tzv. báje, kdy se jedinec zcela vžívá do svých vyprávěných představ a prožívá je jako skutečnost kon-; lat. fabula báje (cit. tamtéž)

U demence Alzheimerova typu se vyskytuje **celková forma poruch úchovnosti** paměti a forma **ostrůvková, lakunární**, které je omezena na určité úseky, události, děje a doprovází nejčastěji multiinfarktovou demenci. Gerontopsychiatři pacienti někdy vyplňují mezery v paměti smyšlenými událostmi, které mají buď neměnný obsah, anebo ho pacient obměňuje. (Plevová, Boleloucký, 2000, s. 24) Velkou revolucí na poli gerontopsychiatrie a ve farmakologické léčbě demence byl objev a aplikace inhibitorů cholinesterázy¹⁵. Demence byly totiž považovány až do počátku 90. let za terapeuticky neřešitelný problém. (Hrdlička in Plevová, Boleloucký, 2000, s. 7) Tyto léky se používají k léčbě AD v raných a středních stádiích. K léčbě středně těžkých a těžkých demencí se používá lék memantin, který blokuje glutamátové receptory. (Pidrman, 2007, s. 125). Poruchou všípivosti, dezorientací a konfabulacemi se projevuje tzv. *Korsakovův syndrom* (alkoholový amnestický syndrom). Typická je pro něj neschopnost zapamatovat si i velmi nedávnou událost, dochází k dezorientaci časem i místem. Události před propuknutím syndromu si člověk pamatuje velmi dobře. Otázkou zůstává, zda je Korsakovův syndrom primární poruchou orientace nebo paměti. (Plevová, Boleloucký, 2000, s. 25) Jinou formou amnestického syndromu je *psychogenní amnézie*, kdy vytěsňujeme vzpomínky na nepříjemné události, řadí se mezi tzv. **disociativní poruchy**.

3.3.1 Hodnocení kognitivních funkcí, schopnosti vykonávat denní aktivity a jiných psychických funkcí

Důležité je všimnout si signálů, které mohou znamenat počínající poruchy kognitivních funkcí, což je významné v diagnostice demencí nebo u lehčích forem poznávacích funkcí, které demencím mohou předcházet. Jak bylo řečeno již v předcházejících kapitolách, jedná se o poruchy paměti, myšlení (oblast abstrakce a logického uvažování, ztráta soudnosti), řečových funkcí (poruchy vyjadřování, používání opisů), fatické poruchy (tzv. parafázie – komolení slov, afázie – nesrozumitelná slova, zkomolená, gramaticky nesprávná, poruchy orientace (v prostoru, čase i ve vlastní osobě), poruchy exekutivních (výkonných) funkcí (neschopnost provádět složitější úkony složené z více podúkonů, např. postup vaření). (Kalvach a kol, 2008, s. 84-85).

¹⁵ Hlavním cílem současné symptomatické léčby Alzheimerovy choroby (AD) zůstává oddálení progresu symptomů nemoci zvýšením cholinergní neurotransmise pomocí inhibitorů cholinesteráz (IChE). Důležitými ukazateli okamžité i dlouhodobé účinnosti, bezpečnosti a snášenlivosti různých IChE je specifita jejich inhibiční aktivity, selektivita vůči AD – relevantním molekulárním izoformám cholinesteráz, selektivita vůči mozku a periferní tkáni a v nemalé míře i jejich farmakokinetický profil. (dostupné z <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2007/02/12.pdf> Neurol. pro praxi, 2007; 2: 112–117)

Existuje větší množství testů k hodnocení kognitivních funkcí (Topinková, 2005; Holmerová a kol., 2014; Kalvach, 2008, Štěpánková a kol., 2014; Jiráček a Koukolík, 2004). Nejběžnější je již zmiňovaný *Mini-Mental State Examination (MMSE)*, tzv. **Folsteinův test**. Zjišťuje výskyt demence, skládá se z 30 bodů, které hodnotí 10 funkcí – orientaci, zapamatování, pozornost a počítání, vybavenost paměti, pojmenování věcí, opakování věty, třístupňový příkaz, čtení a vyhovění příkazu, psaní, obkreslování dle předlohy, každá položka má jiný počet bodů. Za každou správnou odpověď je 1 bod. Méně než 10 bodů značí demenci pokročilého stupně. Dalším testem je *Test kreslení hodin (Clock drawing test)*, pacient má nakreslit hodinový ciferník s ručičkami a vyznačit daný časový údaj. Za normu je považováno dosažení 10 bodů, 9 bodů již znamená podezření na postižení, při 8 bodech může jít o organické postižení a 7 bodů a méně znamená organické poškození mozku, tj. demenci. Z dalších testů je to *Clinical Dementia Rating (CDR)*, zachycuje jak demenci, tak mírnou kognitivní poruchu (MCI). Vyšetření se provádí pomocí rozhovoru s pacientem, jeho pečovatelem a nejbližšími rodinnými příslušníky. Hodnotí se paměť, orientace, soudnost, řešení problémů, společenský život, práce doma a koníčky, péče o sebe sama. Pro stanovení závěru mírné kognitivní poruchy nesmí být položka „paměť“ nižší než 1 a položka „péče o sebe“ musí být 0. Pro stanovení diagnózy Alzheimerovy nemoci se používá *ADAS-cog (Alzheimer's Disease Assessment Scale-cognitive)*. Jedná se o výkonostní test užívaný pro porovnání výkonu u téhož pacienta v čase. Je zaměřený na různé kognitivní funkce (vybavení slov, obkreslování figur apod.). K vyšetření kognitivních funkcí se používá ještě časově náročnější *Addenbrookský test (ACE)*, (viz **příloha č. 6**) a *Montrealský test (MoCA)*. Addenbrookský test je schopen rozlišit o jaký typ demence se jedná (Alzheimerova choroba, frontotemporální demence, demence s Lewyho tělísky, vaskulární demence). Metoda je používána ve specializovaných ambulancích pro poruchy paměti. MoCa test je citlivější pro screening mírné kognitivní poruchy. Schopnost vykonávat denní aktivity u seniorů s demencí hodnotí test ADL (Activities of Daily Living) používaný u pokročilejších fází demence a test IADL (Instrumental Activities of Daily Living), který lépe zachycuje lehčí stadia demence. ADL hodnotí schopnosti jako dojít si na toaletu, obléci se, umýt či najíst, IADL hodnotí schopnosti jako zatelefonovat, nakoupit, uvařit, uklidit, vyprat, cestovat, brát pravidelně léky atp. Na test ADL navazuje *test Barthelové*, který hodnotí stupeň soběstačnosti až závislosti na péči okolí. Souhrn položek ADL a IADL se užívá pro pacienty se syndromem demence. Se syndromem demence souvisí i poruchy chování, které se mohou zdát jako nepřijatelné, společensky nevhodné až obtěžující. Poruchy chování posuzuje škála SCAG

(Sandoz Clinical Assessment Geriatric). Používá se ještě mnoho dalších škál či dotazníků jako je NPI (Neuropsychiatric Inventory), který zahrnuje kognitivní i nekognitivní oblast (ADL, emotivita atd.). (Kalvach a kol., 2008. s. 85-89) Paradoxem je, že provádění testu MMSE je v ČR zpoplatněno díky autorským právům americké komerční firmy Psychological Assessment Resources, ale předepisování kognitiv ke zpomalení průběhu demence se váže na jeho provádění. Někteří lékaři o zpoplatnění ani nevědí a používají jeho nelegální kopie, jiní si hradí licencované testy sami. (Štěpánková a kol., 2014, s. 125) Po pozitivním screeningu navazuje diagnostický proces, který provádí specialista - neurolog nebo psychiatr. K objektivnímu zhodnocení úbytku kognitivních schopností slouží výše uvedené screeningové metody a komplexní neuropsychologické vyšetření. V Praze mohou být pacienti/klienti vyšetřeni v Ambulanci pro poruchy paměti ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady nebo v Poradně pro poruchy kognitivních funkcí ve Fakultní nemocnici Motol. Při negativním screeningu by se mělo testování provést znovu po 1 roce. Česká alzheimerovská společnost nabízí možnost otestovat si zdarma paměť v rámci projektu Dny paměti. (Alzheimer [online])

3.3.1.1 Kognitivní poruchy v jednotlivých fázích Alzheimerovy nemoci

Demence Alzheimerova typu je primární demence způsobená onemocněním mozkové tkáně (atrofií). AN zasahuje ty části mozku, které jsou odpovědné za myšlení, paměť a jazykové vyjadřování. Nemoc začíná plíživě, nenápadně s postupnou progresí, její příčina zůstává dosud velkou neznámou. Účelem farmakologické léčby je zpomalení procesu a zlepšení kvality života nemocného i jeho okolí. K dispozici jsou léky ze skupiny kognitiv, které mohou oddálit zhoršování demence, u deprese nebo poruch chování jsou užívána antidepresiva, neuroleptika nebo antipsychotika bývají řešením těžších psychických stavů, které doprovázejí halucinace a bludy. Rozdělení na jednotlivá stadia usnadňuje pečujícím orientaci v průběhu nemoci:

1. **Preklinické** - v mozku jsou již patrné známky AN, avšak bez subjektivních potíží, plíživý průběh trvá 1-2 roky, někdy i 5 let
2. **Stadium mírné kognitivní poruchy, MCI** - pacient si stěžuje na poruchy kognice, tato fáze představuje určité riziko pro rozvoj AN, ale poruchy mohou být způsobeny i jinými faktory jako jsou deprese, přepracování,

endokrinologické poruchy, tyto poruchy nemají vliv na samostatnou existenci a sebepéči, tato fáze trvá 1-3 roky

3. **Stadium demence** - ke kognitivnímu deficitu se přidává i zasažení aktivit denního života, nastupuje do půl roku po 2. fázi, přidávají se další diagnózy (ICHS, plicní)
4. V tomto stadiu se většinou přidá diagnóza, která je následně příčinou úmrtí, stadium trvá dle zvládnutí základního onemocnění.

(sec cit. Nikolai, Vyhnálek, Rubínová, Hort in Štěpánková a kol. 2014, s. 142; Sestra, s. 71)

Ve všech fázích je možné pozorovat kognitivní poruchu, která se může projevovat mírnou poruchou orientace, člověk neví, co je za den, nepamatuje si nedávné události, omezuje společenské činnosti, může být apatický, depresivní nebo se snadno rozčítit. Přestává brát pravidelně léky, zapomíná, má potíže s počítáním financí apod. Postupně se začíná ztrácet i ve známém prostředí, přestává rozumět řeči, ztrácí náhled, nezvládá běžné domácí práce ani nedodržuje hygienu. Zpravidla dochází i k závažným poruchám chování, tzv. behaviorálním a psychologickým symptomům u demence (BPSD). Mezi nepřehlédnutelné projevy patří rovněž změny osobnosti, apatie, úzkost, zmatenost, agitovanost, agresivita, bloudění, podezírání, paranoidní bludy o okrádání, nevěře partnera, halucinace apod. Za obtížnou poruchu je vnímána porucha cyklu spánek-bdění. Pro AN je typický plíživý začátek s následnou progresí. V počátečních fázích jsou intervence zaměřeny na udržení kognitivního deficitu, v další fázi je důležité zpomalení progresu, ústup BPSD, udržení soběstačnosti, v konečných fázích pak nabývají na důležitosti ošetrovatelské, pečovatelské a paliativní postupy.

4 NEFARMAKOLOGICKÉ PŘÍSTUPY UŽÍVANÉ K OVLIVNĚNÍ KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ A PORUCH CHOVÁNÍ U KLIENTŮ S DEMENCÍ

„Zdravý člověk je stále člověkem pozemským, hmotným...ale když onemocní, normální řád věcí a jeho tělesný organizmus je porušen, tu se mu hned vyjevuje možnost jiného světa, a jak se nemoc zhoršuje, vztahy s tímto novým světem se upevňují.“

Dostojevský

Prvořadým cílem péče o člověka by mělo být zachování jeho důstojnosti bez ohledu na to, v jaké fázi onemocnění se nachází. Základní atributy sociální práce upřednostňují úctu, respekt a jedinečnost každého člověka. Medicína dnes dokáže zmírnit i těžké bolesti, ale stále nezbytnou součástí komplexní péče o člověka je psychická pohoda, milý a laskavý přístup, úsměv a empatie. Člověk, který je sužován bolestí, stářím, potřebuje vlídný přístup a cílenou individuální terapii. Nefarmakologické intervence k ovlivnění průběhu demence jsou stejně důležité jako farmakologické. Řekla bych, že z pohledu sebehodnocení a kvality života i důležitějším řešením. Přináší totiž do terapie lidský rozměr, který nenahradí žádná pilulka.

V pokročilých fázích demence není již dostatečně efektivní a preferovaná léčba kognitivy, ale na významu nabývají nefarmakologické přístupy a jejich znalost personálem. Jedná se o metody, které se zaměřují na zlepšení hrubé a jemné motoriky, chůze, kognitivních funkcí, zachování či zlepšení soběstačnosti, smysluplné trávení volného času, pozitivní ovlivnění verbální i neverbální komunikace s příbuznými i pečujícími. (Pidrman, 2007, s. 93)

Za důležité považuji zmínit, že v praxi se většina terapií překrývá, zřídka je využíván jen jediný přístup izolovaně, což potvrzuje i profesor Ballard z univerzity Kings' College London. Ve Velké Británii je nejvíce využívána při zvládání poruch chování spojených s demencí behaviorální terapie zaměřená na osobu. Z dalších standardních přístupů využívají Britové orientaci realitou, validaci, reminiscenci. Z alternativních přístupů arteterapii, muzikoterapii, činnostní terapii, doplňkovou terapii (masáže, reflexologie, reiki, bylinná léčba), aromaterapii, terapii světlem, více smyslové přístupy

(tzv. multisensory room¹⁶, kde jsou stimulovány smysly – zrak světly ve formě optických vláken, hmat polštáři a vibrujícími podložkami, čich vůněmi a sluch zvuky), z krátkodobějších psychoterapií pak kognitivně-behaviorální terapii a interpersonální terapii. (Ballard et al. In: Advances in Psychiatric Treatment, 2004)

Z přístupů vycházejících z principů kognitivně behaviorální terapie aplikovaných u nás lze jmenovat kognitivní trénink/rehabilitaci, podporu naučených postupů, reminiscenční terapii, z principů nácvikové psychoterapie je to programování aktivit, orientace realitou a z principů empatické psychoterapie je to validační terapie a reflektivní podpora. Principy léčby demence, mohou být obohaceny i logoterapeutickými prvky a prvky z existenciální analýzy, které zdůrazňují smysl života, duchovní a transcendentální hodnoty v životě člověka, abreaktivními a relaxačními prvky jako je arteterapie, muzikoterapie, pet-terapie i prvky ergoterapeutickými a rehabilitačními zaměřenými na procvičování různých svalových skupin. (Venglářová, 2007, s. 46-48)

Tyto psychosociální intervence a přístupy jsou důležité pro zachování maximální možné kvality života, soběstačnosti a autonomie, oddálení těžkých stádií onemocnění, k prevenci a mírnění poruch chování bez nutnosti užití léků s tlumivým účinkem, nejčastěji antipsychotik. Někdy za poruchami chování může být prostý fakt, že člověk nechce být v zařízení, kde se nachází třeba proti své vůli, ale není schopen to přiměřeně vyjádřit. Kvalitu života seniora se sníženou soběstačností tak vždy, bez ohledu na míru zachované autonomie, ovlivňuje jeho nejbližší sociální okolí, všichni lidé, se kterými přichází do styku. Za úspěch intervencí bývá považováno zpomalení průběhu nemoci a zlepšení fungování člověka s demencí v běžném životě. Nutností je korekce poruch zraku a sluchu, které rovněž mají vliv na demenci.

Nelze zároveň opominout připravenost prostředí tak, aby bylo bezpečné a přitom podpůrné a dostatečně podnětné. Prostor zařízení by mělo být přizpůsobeno potřebám lidí s demencí, ne obráceně. Typ intervence by měl vždy vycházet ze správné diagnózy, zjištění stádia demence a vyhodnocení funkčního stavu. Vyhýbat bychom se měli jak nedostatečně stimulujícímu prostředí a izolovanosti klientů, tak přílišné stimulaci, která

¹⁶ U nás je užíván název Snoezelen pocházející z Holandštiny. Podle definice Mezinárodní organizace sdružující odborníky a přátele Snoezelenu (International Snoezelen Association - <http://www.isna.de>) je slovo Snoezelen odvozeno ze slov „snuffelen“ (čichat) a „doezelen“ (dřít). Snoezelen byl rozpracován v Nizozemí v 70. letech 20. století v institucích, které se věnovaly vážně postiženým lidem. Je takto označována metoda (speciálněpedagogická, terapeutická) či místnost (speciálně vytvořené prostředí). Často je metoda práce nazývána Snoezelen a prostor pak jako Multismyslová (multisenzoriální) nebo psychorelaxační místnost.

může způsobit stres, vyvolat agitovanost až delirické stavy. Rodinní příslušníci se stávají partnery v péči, ať již je poskytována krátkodobě nebo trvale v instituci, měli by proto získávat kvalitní informace o možnostech pomoci, postupech, rizicích i výhledu do budoucna. S progresí nemoci a stupňující se náročností péče a zátěže potřebují i oni podporu profesionálů. Stejně tak profesionální pracovníci nesmí zapomínat na péči o sebe.

Volba správného přístupu k člověku, který postupně ztrácí svou integritu a autonomii se může zdát obtížnou. Nejčastěji však všechny z následně jmenovaných přístupů vycházejí z přístupu orientovaného na člověka a z principů humanistické psychologie, která vyzdvihuje důstojnost a hodnotu člověka bez ohledu na jeho duševní stav, odlišnosti a možnosti osobního rozvoje. Přístup, který se snaží o pochopení druhého a jeho prožívání je velmi žádoucí v péči o seniory, napomáhá chápání přítomnosti, vyrovnání se s minulostí, posiluje hodnotu člověka i jeho celkovou životní spokojenost. Pečující by měl být empatický, projevovat úctu, toleranci, trpělivost a užívat specifické formy podporující komunikace jakou představuje například validace. (Sýkorová, Chytil, 2004, s. 51)

Zapojení do smysluplných činností podporuje soběstačnost a zachovalé schopnosti, dodržování určitého řádu a pravidelný strukturovaný program dne je pro nemocné demencí přínosem, zvláště pokud se jedná o činnosti, které je baví a zaujmou nebo ještě zvládají, popřípadě se váží k příjemným vzpomínkám. V následujících podkapitolách zmíním stručně některé z nejvhodnějších přístupů k člověku s demencí.

4.1 Reminiscence

„Příjemná vzpomínka je jediný ráj, z něhož nás nemůže nikdo vyhnat.“

lidová moudrost

„Reminiscence je technika záměrného řízeného vyvolávání a vedení vzpomínek klienta a podporování jejich rozvoje“. (Malíková, 2011, s. 238)

Celý náš život provází vzpomínky, jsou naší neoddělitelnou součástí. Mohou dávat našemu životu smysl, ale mohou se stát i utrpením či „noční můrou“. Každý člověk ve své určité životní etapě má za sebou svou „historickou životní křivku“ (dobu života), kterou odborně nazýváme sociální anamnézou. Při práci v pomáhajících profesích vstupujeme často do životů druhých lidí. Pracujeme s nimi, snažíme se jim pomoci, a proto je nezbytné přistupovat ke každému člověku velice citlivě, empaticky a mít na paměti, že jej provázejí

jeho vzpomínky. Vzpomínky na životní události příjemné, méně příjemné nebo i bolestné a zraňující. Vzpomínání je přitom přirozenou, normální aktivitou. Každý z nás někdy na někoho, na něco vzpomínal. Vzpomínání u každého z nás probíhá jinak a nelze jej oddělit od emocí, které se na něj vážou nebo jej podmiňují. Vzpomínání mohou provázet pocity štěstí, lásky, odevzdání, smíření, ale také pocity smutku, hněvu, nenávisti. Je tedy nezbytné, než vstoupíme do „síně“ klientových vzpomínek, navázat s ním kontakt a společně vytvořit příjemnou atmosféru. Vycházíme z toho, že vzpomínání je proces, ve kterém hraje náš individuální způsob, jakým jednotlivé události prožíváme, a poté si je pamatujeme, mnohem významnější roli, než je faktická správnost vybaveného, zapamatovaného.

Někteří autoři preferují pojem reminiscenční terapie pro její terapeutický efekt, jiní z důvodu, že je to pojem zavádějící a klienty se nesnaží „léčit“, užívají pouze pojmu reminiscence. Reminiscence využívaná jako terapie slouží k podpoře komunikace s lidmi trpícími demencí a ke zkvalitnění vztahů mezi pracovníky a klienty, vede též ke smíření s důležitými událostmi v životě. V této práci se přikláním k pojmu reminiscence, protože lépe vystihuje podstatu a koncept aktivizace seniorů s demencí. Reminiscence využívá vybavování si událostí ze života člověka na základě jeho vzpomínek. Bývá definována jako situace, kdy pracovník vede rozhovor se starším člověkem nebo skupinou seniorů o jeho/jejich dosavadním životě, jeho/jejich dřívějších aktivitách, prožitých událostech a zkušenostech, se kterými se aktivně pracuje.

Reminiscence využívá vybavování starších vzpomínek jako prostředku k aktivizaci a dalším cílům, nejedná se ale o cvičení paměti. Ze zkušeností z praxe je však možné říci, že nelze začít okamžitě se vzpomínáním, lepší je propojit reminiscenci se cvičením paměti. Vzpomínky jsou vhodným prostředkem aktivizace i regenerace duševních schopností. Reminiscence může být individuální, nebo skupinová. Jejím cílem je nejen zlepšení stavu klienta, ale i posílení jeho lidské důstojnosti, zlepšení komunikace, je pomocí a podporou rodinnému pečovateli. Má být součástí dobré praxe každé instituce, protože je to metoda účinná, levná a snadno aplikovatelná, vhodná pro klienty s lehkou a střední demencí, vhodná pro klienty, kde mnoho jiných terapeutických alternativ již není. Je zařazena do aktivizačních a validačních metod. Využívá vzpomínek a jejich vybavování si prostřednictvím různých podnětů. U zdravých seniorů má preventivní a aktivizační význam.

U klientů s poruchami krátkodobé paměti je prostředkem k psychické aktivizaci, smysluplným programem činnosti i hledáním optimální komunikace. Reminiscenční

aktivity pomáhají jedinci trpícímu demencí oživit minulé události, zvláště ty pozitivní a osobnostně významné, např. rodinné dovolené, svatby. Může být praktikována skupinově i individuálně. Při skupinových sezeních je využíváno umění, hudby a dalších artefaktů, které mohou sloužit jako stimulatory vzpomínek. Je považována za vhodný způsob zvyšování celkové osobní spokojenosti, přináší radost a kognitivní stimulaci. Celkově zlepšuje spokojenost, sociální interakci, sebepěči a motivaci. Během vzpomínkových aktivit se mohou objevit prvky premorbidní osobnosti. Je to velice flexibilní forma terapie, která může být přizpůsobena jedinci na míru. I člověk v těžkém stadiu demence z ní může profitovat, např. ho může potěšit poslech jeho oblíbené hudby. Využívá vzpomínek a jejich vybavování prostřednictvím různých podnětů – vizuálních, sluchových, čichových, hmatových apod. Svou roli má i v prevenci a aktivizaci zdravých seniorů. Podporujeme reminiscence na úspěšná období v životě klientů.

4.1.1 Vznik a vývoj reminiscence

V šedesátých letech minulého století převládal při práci se stárnoucími spíše negativní názor na roli vzpomínání. Odborná literatura uváděla, že vzpomínat „není nic dobrého“, že ohlížení zpět do minulosti vede pouze k nezdravé introspekci a odmítání přítomnosti. Negativní náhled na vzpomínání nahradil až Butler teorií rekapitulace života. Koncem šedesátých let dochází k obratu a vzpomínání je využíváno v praxi. Kolébkou vzniku reminiscenční terapie je Velká Británie, kde je reminiscenční terapie podporována a uznávána zdravotnickými institucemi, orgány místní správy a charitativními organizacemi. Přestože je reminiscence využívána a známa ve Velké Británii i jinde ve světě již od osmdesátých let, její rozvoj v České republice je záležitostí teprve několika posledních let. Hlavním iniciátorem šíření této metody je občanské sdružení JOB. Principy reminiscence byly zpočátku rozpracovávány v geriatrickém centru v Týništi nad Orlicí. Zakladateli reminiscenční terapie v ČR jsou Taťjana Kašlíková a Karel Kopřiva. V současné době o reminiscenci publikují a zasazují se Iva Holmerová, Hana Janečková a Marie Vacková. (Špatenková, Bolomská, s. 19-20)

4.1.2 Funkce vzpomínání

Podle Říčana (1990) má vzpomínání i své důležité funkce, s některými je dobré se v pomáhajících profesích seznámit, zvláště pro seniory je důležitý pocit integrity osobnosti.

- **Funkce zdůraznění pozitivních stránek osobnosti a zachování sebepojetí**
V této funkci je důraz kladen na to, čeho je člověk stále ještě schopen, spíše než aby mu bylo připomínáno, čeho již schopen není, na co zapomněl, co neudělal. Díky pozitivnímu přístupu k člověku nedochází k devalvaci jedince a on si tak i s přibývajícím věkem může nadále vážit sám sebe.
- **Zvýšení pocitu vlastní hodnoty**
V této funkci klademe důraz na to, že člověk má při vzpomínání příležitost sdílet zkušenosti, které během svého celého života získal, a má příležitost se o ně podělit a předat je dál. Tato funkce upevňuje u člověka pocit sounáležitosti s předky a zajišťuje určitou kulturní spojitost.
- **Funkce udržení pocitu osobní identity**
Vše, co člověk během života prožil, s čím se setkal, co uskutečnil, zůstává uschováno ve vzpomínkách. Dosažené zkušenosti, zdary, příjemné zážitky, lásky zůstávají člověku navždy a jsou nedílnou součástí osobnosti, Frankl v tomto smyslu hovoří o „optimismu minulosti“.
- **Funkce změny negativního image a narušení stereotypů stáří**
Současná společnost staré lidi stigmatizuje, vnímá je jako přítěž pro společnost, vidí zmatené jedince, závislé na okolí a trpící mnoha nemocemi. Pokud ale okolí pozná, jaký život senior prožil, uvědomí si, co všechno dokázal, je mnohem snadnější jej pak vnímat jako jedinečnou neopakovatelnou lidskou bytost.
- **Funkce získání stimulujících a příjemných zkušeností**
Lidská mysl má výhodu, že si spíše pamatuje pozitivní zážitky. Mnoha lidem přinášejí vzpomínky radost a vracejí se tak do časů, kdy byli šťastní a spokojení. Pocity euforie pozitivně působí nejen na psychický, ale i somatický stav člověka, proto je nutné rozvíjet pozitivní vzpomínání.
- **Funkce získání materiálu pro bilancování**
Starší lidé jsou obecně více zaměřeni do minulosti, nemají již ambice něco v životě měnit, spíše rekapituluji, jaký smysl jejich život měl.

- **Funkce dosažení integrity svého života**

Tato funkce se projevuje ve schopnosti přijmout život takový, jaký byl, i s jeho nedostatky, zahrnuje smíření se stářím, životem i nevyhnutelnou smrtí.

4.1.3 Formy reminiscence

Podoby reminiscence se mohou v praxi vzájemně překrývat a nabývat následujících forem:

- **Diskuse o aspektech minulosti, která probíhá koordinovaným a organizovaným způsobem**

Diskuse má podobu reminiscenčního setkání více zúčastněných. Účastníci si většinou prohlížejí fotografie, sledují filmy, poslouchá se hudba – vše za účelem navození určitých vzpomínek, na tento proces navazují další aktivity, např. návštěvy výstav, vycházky do míst, kde senioři pracovali nebo žili. Setkání jsou většinou formální, účastníci jsou předem terapeutem vybíráni a vývoj skupiny je sledován a hodnocen.

- **Vytvoření prostředí, které co nejvíce připomíná domov**

V těchto případech probíhá interakce reminiscence neformálně, například společně s různými činnostmi, hygienou, stolováním („*Když jste byl/a malý/á, tak jste se doma koupali...*“). Reminiscenční setkání v tomto případě připomíná neformální povídání. Pozor na otevření bolestivých míst, připomenutím bolestné události (nutno znát sociální anamnézu klienta a umět s ní pracovat).

- **Kontext pro vytvoření něčeho hmatatelného**

Hlavním cílem je vytvořit pro klienty něco hmatatelného, konkrétního. Senioři při této formě využívají své stávající dovednosti a schopnosti, mohou objevit i nějaké nové možnosti, které v nich byly dosud skryty.

- **Prostředek ke snížení pocitu izolace a dopadu institucionalizace**

Lidé, kteří žijí, ale i pracují v institucích dlouhodobě, často zažívají pocit sociální izolace, tato forma reminiscence může napomoci v odstraňování podobných bariér. Při této formě reminiscence je dobré do procesu zapojit lidi „z venku“, např. dobrovolníky, kadeřníka, stážující studenty, pracovníky knihoven. Společná práce s okolím tak dává reminiscenčním aktivitám nový

rámec a může probíhat i v rámci projektů. Cílem této formy reminiscence je podnícení zájmu pracovníků o klienty (uživatele služby) a o zvýšení intenzivnější komunikace. V této formě je vysoká náročnost na odbornost a kvalitu osoby v přímé péči, která by měla pracovat se zájmem o klientův život, pocity a prožívání.

Reminiscence je metodou kreativní, disponuje řadou možností a využití, vždy však musí vycházet z potřeb klienta.

Individuální reminiscence

Jedná se o situaci, kdy se reminiscenční pracovník věnuje pouze jednomu účastníkovi. Vzhledem k tomu, že jde o dynamický proces, jehož intenzita se násobí, může dojít ke sdílení velmi širokého spektra vzpomínek. Během tohoto procesu často dochází k vytvoření intenzivního vztahu mezi vzpomínajícím a naslouchajícím založeném na vzájemné důvěře, proto musíme mít na paměti etický aspekt naší práce, tzn. dodržování mlčenlivosti. Tato forma reminiscence je vhodnější pro ostýchavé klienty, kteří se neradi vyjadřují před ostatními. Tempo je nutné vždy podřídit klientovi, pracovník by měl být trpělivý, přívětivý, zdvořilý a měl by umět pracovat s emocemi, vyvarovat se následné emoční vazby na klienty, a to jak pozitivní, tak negativní.

Neformální skupinová reminiscence

Skupina se v tomto případě tvoří náhodně, spontánně, nenuceně, hovor se může rozvinout například během podávání jídla. Vítání jsou všichni příchozí, kdokoliv, kdo je právě přítomen v místnosti včetně pracovníků a návštěv se může účastnit. Do rolí reminiscenčního asistenta je možné i nenásilně zapojit samotné seniory. Neformálnost skupiny však neznamená, že její facilitaci není věnována pozornost, nezbytné je zajistit, aby všichni účastníci komunikace dobře viděli, slyšeli a aby v místnosti vládla příjemná atmosféra a nedocházelo k urážení a hádkám. Hlavním cílem neformální skupiny je přinést radost a smysl do života seniorů, zejména pokud žijí v instituci.

Formální skupinová reminiscence

Je reminiscence předem naplánovaná a cíleně zaměřená. Skupina má omezený počet klientů, v samém začátku skupiny mohou účastníci potřebovat pomoc a podporu při soustředění se na určité téma. Vhodné je vybrat adekvátní prostředí podle potřeb klientů. Předem je nutné zajistit a vyžádat souhlas všech klientů ve skupině s tím, co a jak bude probíhat. Každý klient může kdykoliv ze skupiny odejít. Formální skupinová reminiscence klade vysoké nároky na odbornost a zkušenosti terapeuta.

Integrovaná reminiscenční terapie

Základními předpoklady pro její uplatnění jsou profesionální vlídné jednání, pozorné naslouchání, zaznamenávání důležitých informací, empatie, citlivé chování, umění zvládnout negativní projevy klienta a zřetelně projevovat zájem o klienta jako celistvou osobnost. Napomoci může i upravené prostředí instituce, kterou můžeme vybavit alespoň částečně, pokud není možné jinak, předměty z mládí. Není pravdou, že pacienti s demencí nepotřebují k životu důstojné a vlídné prostředí, je tomu právě naopak, prostředí evokující domov potřebují o to víc.

4.1.4 Přístupy

K reminiscenci existují čtyři známé přístupy:

- **Narativní** – využívá metodu vyprávění životního příběhu (life story), má za cíl seniory aktivizovat, pomoci jim překonat pocit samoty a izolace skrze sdílení vzpomínek, může probíhat individuálně, ve dvojici i ve skupině, téma reminiscence se může týkat vzpomínky nebo projevu druhé osoby nebo historických předmětů, důraz je kladen na interpersonální funkci vzpomínek a na rodinné prostředí, kontakt s ostatními je upřednostňován před terapeutickým účinkem a možným vyrovnáním se s životními traumaty.
- **Reflektující** – využívá metodu životní rekapitulace (life review), probíhá individuálně s terapeutem nebo v malé skupince lidí, cílem je vyrovnání se s minulostí, životem a pochopení smyslu života, reflektující reminiscenci by měl poskytovat proškolený terapeut, měla by vést k dosažení rovnováhy, sebedůvěry, smíření s příbuznými i přáteli, v rámci této reminiscence lze zmínit kognitivně-reminiscenční terapii, kterou používal Cappeliez u klientů s depresivními a kognitivními poruchami, do reflektující reminiscence lze zařadit i validaci, která přijímá každé chování člověka s demencí jako hodnotné a důležité, protože vyjadřuje potřebu lásky, bolesti nebo zoufalství, zážitky z minulosti se promítají v přítomnosti a starý člověk se s nimi potřebuje vyrovnat a dojít tak vnitřního klidu.
- **Expresivní** – odkrývá minulost, traumatické vzpomínky seniorů za účelem odstranění úzkosti a jiných zdravotních potíží, pokud se senior vyrovná se

zkušeností a může ještě o ní hovořit, získat empatické porozumění, problémy poté odezní.

- **Informační** – jedná se o přístup založený na předávání informací prostřednictvím sdílení vzpomínek a vyprávěním životních příběhů v souvislosti s historickými událostmi, je cenným zdrojem informací o minulosti pro mladší generaci. (Janečková, Vacková, 2010, s. 23-30)

4.1.5 Podpůrné zdroje a reminiscenční pomůcky

Při praktické aplikaci reminiscenčních sezení je možné do procesu zapojit celé široké spektrum rozmanitých zdrojů a pomůcek. Pomůcky jsou v reminiscenční terapii používány zejména proto, aby pozitivně podněcovaly vzpomínání účastníků. Je nezbytně důležité si při jejich výběru uvědomit, že naše vzpomínky často nejen „vidíme“, ale jako bychom i „slyšeli“ zvuky, které je doprovázejí, a někdy i „ucítíme“ jejich vůni. Dobré je stimulovat co nejvíce smyslů. Při výběru reminiscenčních pomůcek je nutné, aby si pracovník uvědomil, že necitlivá nebo násilná smyslová stimulace může mít nezřídka i negativní efekt. Výběr pomůcek se vždy musí odvíjet od zdravotního stavu seniora, a to jak po stránce somatické, tak i psychické.

Druhy pomůcek

Vizuální pomůcky – do této skupiny patří fotografie, kresby a obrázky, diapozitivy, články z novin a časopisů, inzeráty, informace z knih, televize, video a DVD, promítání filmů.

Auditivní pomůcky - sluchová paměť si často uchovává zvuky velice přesně a čistě, obvykle nápěv či melodie je v paměti uložena společně s obrazem, ke kterému se vázaly. Do této skupiny řadíme nahrávky zvuků, nahrávky mluveného slova, hudební nahrávky, zvuky okolo nás.

Další senzorická stimulace - do této skupiny řadíme dotýkání – velice přínosné při práci s klientem, využíváme nejen dotyků ruky, ale i předmětů - například kožešiny, kamínky, mušle, plyšové hračky, předměty teplé, studené, jemné i hrubší, vždy v návaznosti na příjemné pocity a reakce klienta. **Musíme mít na paměti, že ne každému je dotek příjemný.**

Vůně – nejrůznější vůně, ale i pachy mohou vyvolat vzpomínky a asociace, které se k nim váží, téměř okamžitě. Například káva, levandule, aroma terapie mají pozitivní

účinek (někdy i vůně tabáku). Opatrnost musíme věnovat např. kouři u klientů, kteří zažili požár či přežili koncentrační tábor, zde dochází k opačnému efektu a vyvolání traumatických vzpomínek.

Chuť – vůně a chuť spolu úzce souvisejí. Ačkoliv s přibývajícím věkem se chuť mění či ztrácí, nebrání nic v tom, abychom chuť do reminiscenční terapie zařadili. Používáme například čokoládu, kávu, ovoce, chléb - vše volíme individuálně podle zdravotního stavu klienta.

Komunitní zdroje

Zdroje vybírané pro reminiscenční aktivity na základě spolupráce s okolím, z nichž lze jmenovat různé instituce, školy, knihovny, muzea, galerie, zájmové organizace. Z lidských zdrojů nelze opomíjet práci dobrovolníků a zapojení rodinných příslušníků do péče o seniora.

4.1.6 Stimulátory vzpomínek

Příklady dalších využívaných pomůcek pro reminiscenční aktivity: starožitnictví (diáře, kalendáře, knihy, mlýnek na kávu, rám na vyšívání, hříbek na zašívání), předměty posilující smyslové vjemy (čaje, byliny, cikorka, jádrové mýdlo, různé druhy látek, zvonky, rolničky, ochutnávání pečiva...), kreativní zpracování vzpomínek – vyprávění, drobné řemeslné práce, vaření, tanec či jiná pohybová aktivita, kreslení vzpomínek, oslavy atd. Vhodná témata pro reminiscenční sezení jsou např. přátelé, svatba, děti, příběhy ze života, cestování a dovolené, zaměstnání atp.

4.1.7 Význam reminiscence

Soustřeďuje mysl klienta na starší vzpomínky, ty novější byly vytěsněny, klienti se ve vzpomínkách vrací k dobám, kdy byli mladí, zdraví, šťastní, aktivní. Reminiscenční aktivity vrací klientům sebedůvěru a identitu osobnosti. Pečující, díky vzpomínání, má unikátní příležitost pochopit nynější chování klienta, plánovat činnosti v souvislostech. Důraz by měl být kladen na význam záznamů pečujícího při zhoršování stavu nebo změně instituce a následné návaznosti. Jedním z nejdůležitějších principů je, že na každého člověka je třeba pohlížet jako na individualitu - jedinečnou, originální a neopakovatelnou bytost. Reminiscence je finančně nejméně náročná metoda, k níž je potřeba kvalitní

pracovník a vhodný prostor. Nutné je vždy respektovat právo jedince na soukromí a za žádných okolností nesmí být klient do účasti na reminiscenci nucen.

4.1.8 Konkrétní reminiscenční aktivity

V přímé péči s klientem je velice vhodné volit správné reminiscenční techniky. Vycházíme vždy ze sociálně kulturního prostředí a zvyklostí, ze kterých klienti přicházejí. Veškeré aktivity je nutné volit s přihlédnutím k individuálním potřebám a zájmům konkrétního člověka či skupiny osob. Reminiscence saturuje potřebu mnoha lidí zanechat důkaz o své existenci, něco, co by alespoň maličko naznačilo jejich životní příběh pro ty, kdo zde zůstanou po jejich odchodu. Nejcennější vzpomínkou je ta, která se vztahuje i k životům druhých a pomáhá osvětlit jejich zkušenost. Tuto vzpomínku se snažíme vždy najít a pracovat s ní.

Druhy reminiscenčních technik

Vzpomínkové výstavy – jde o časově náročnou aktivitu jak pro klienta, tak i terapeuta. Nutností je zajištění vhodného prostoru, shromáždění dostatečného množství dobových materiálů, zvolení vhodného tématu a určení, zda je výstava všeobecná, či specifická. Téma nejdříve prodiskutujeme, následuje navázání spolupráce s lidmi či organizacemi, které mohou být nápomocny. Po instalaci výstavy je nutná aktivní stimulace všech zúčastněných členů reminiscenční skupiny formou průvodcovských služeb, rozhovorů. Během výstavy je vhodné pro příjemnou atmosféru zařadit citlivě zvolenou hudbu a poskytnout drobné občerstvení. Doporučuje se vybírat vstupné, jehož výnos je použit na společné aktivity skupiny.

Kniha vzpomínek – aktivita, při níž s klientem vytváříme vzpomínkovou knihu, která obsahuje životní příběh klienta. Kniha může obsahovat fotografie, příběhy, básně, recepty, pohlednice z cest, novinové výstřižky. Vše vychází z individuality klienta. Tvorba knihy nesmí být terapeutem ani okolím devalvována a kriticky hodnocena. Nanejvýš nevhodné je kritizovat formu, pravopis – **do tvorby knihy nezasahujeme, pouze pomáháme a chválíme.**

Kniha životního příběhu – jde o jakýsi systematický záznam rozhovoru, který probíhá po určitou dobu mezi seniorem a naslouchajícím. Tvorba takové knihy je vhodným důvodem k podnícení komunikace se seniorem, přičemž je nutné počítat s tím, že senior nebude časově flexibilní a pokaždé nebude ochoten spolupracovat podle časového

harmonogramu. Rozsah knihy životního příběhu záleží na jejím autorovi, je pochopitelné, že nelze zaznamenat život člověka v celé jeho obsáhlosti. Důležité je vložit ty životní události, které si konkrétní senior přeje vložit. (*Příklad chronologického záznamu knihy - datum a místo narození, informace o členech rodiny, absolvované vzdělání, zaměstnání, dospělost, vstup do manželství, léta prožítá s partnerem, děti a vnoučata.*) Z knihy může vzniknout i obsáhlý rodokmen.

Archiv vzpomínek – klient si za pomoci terapeuta vytvoří krabici, kufřík, truhlici, polici svých vzpomínek. Obsah je v tomto případě velice individuální. Klient sám vybírá, jaký předmět si do své reminiscenční schránky uloží. Součástí mohou být například šperky, kamínky z dovolené, dopisy, fotografie, vysvědčení, šátek, kapesníček, odznaky. Vhodné je krabici, kufřík polepit, ozdobit dobovými pohlednicemi, výstřižky z novin, fotografiemi, které nejvíce připomínají nejhezčí životní období klienta (fotografie reminiscenčního kufříku viz **příloha č. 7**).

Nástěnka vzpomínek – jde o velice jednoduchou, finančně nenáročnou techniku. S klientem vytvoříme panoramatickou nástěnku, kam si umístí své nejmilejší a nejdůležitější vzpomínky, které může mít stále na očích. Nástěnku je možné obměňovat.

Další reminiscenční techniky – dle vlastní kreativity zařazujeme do reminiscenčních technik například fotografování, vyprávění příběhů, předcítání, poezii, kresbu, tvorbu koláží. Každou techniku volíme podle individuálního zájmu klienta.

Základem techniky je rozhovor s klientem, který je založen na aktivním a empatickém naslouchání klientovi. Při reminiscenci dochází k ponoření se zpět do vzpomínek seniora a vybavení si svých životních událostí. Tato metoda napomáhá vyrovnat se se závažnými životními událostmi, s odstupem času je hodnotit nebo srovnávat s ostatními klienty. Zlepšuje se tím adaptace na nové prostředí, navázání kontaktu s okolím. Mezi rizika reminiscenční terapie patří: malá pozornost věnovaná sociální anamnéze klienta, nevhodně zvolená reminiscenční technika, otevírání a neuzavření citových úrazů klienta, odhalení bolestných míst v životě klienta před skupinou bez jeho souhlasu, nedostatek času, nízká odbornost pracovníka.

4.2 Validace

Validační terapie vznikla jako protipól orientace realitou, která byla vnímána jako nedostatečně účinná. Zakladatelka Naomi Feil přišla na to, že některé z příznaků spojovaných s demencí jako je opakování a úniky do minulosti, jsou vlastně aktivní

strategií jedince jak se vyhnout stresu, nudit a samotě. Tvrdí, že lidé s demencí mohou unikat do vnitřní reality založené na citech spíše než na intelektu, jelikož přítomná realita se jim zdá příliš bolestná. Pracovníci využívající ve své praxi validační terapii se snaží komunikovat s jedinci trpícími demencí pomocí vcítění se do jejich pocitů, hledají významy, které jsou skryty v jejich zmatené řeči a chování. Emoční obsah toho, co bylo řečeno, je důležitější než orientace člověka na přítomnost. Přijímáme klientovo téma, hledáme aktuální potřebu, která se skrývá za problémovým chováním. Podstatou je respektování individuality osobnosti a autonomie klientů, pomocí validačních technik je podporováno pozitivní sebepojetí a sebehodnocení. Využívá se principů rogersovské nedirektivní psychoterapie. Zahraniční studie dokazují, že podporuje spokojenost, snižuje výskyt negativních afektů a poruch chování, má pozitivní účinky a umožňuje jedinci vhled do vnější reality. Terapeuti mohou být někdy příliš ponořeni v matoucí komunikaci, že někdy mohou pochybit a nerozeznat základní potřeby jako je bolest či hlad.

V užším slova smyslu se jedná o terapeutickou metodu, která se důsledně zabývá individuálními potřebami a originálním pocitovým prožíváním reality u nemocných, tedy i starých lidí, kteří trpí ztrátou orientace v důsledku psychického onemocnění, především demence. Pro ně je charakteristická nedostatečná orientace v prostoru i reálném světě. Prožívání skutečnosti je u takových občanů jiné – jeho potvrzení, tedy validace, vede k potřebnému pocitu bezpečí, který je jinak výrazně ohrožen (Haškovcová, 2012). Validační metoda zahrnuje celou škálu prvků.

4.2.1 Vznik validace

Validační metodu vypracovala rakouská sociální pracovnice Naomi Feilová na základě svých vysokoškolských znalostí a letitých poznatků získaných pozorováním a jejich analýzou. Jde o velmi významný způsob pomoci, která není jen naučenou technikou, která může být rutinně uplatňována. V ČR je validační terapie zaváděna do sociální praxe v posledním desetiletí. V minulých letech se s touto terapií setkáváme hlavně na poli psychiatrie a psychoterapie, byla tzv. „za branou“. Validační terapie vychází z teorie psychologa Eriksona, že v každé fázi vývoje dostáváme určitý úkol, který musíme vyřešit, a podle toho vypadá náš další život. V seniu (stáří), fáze integrity versus zoufalství, se rozhoduje o tom, zda člověk zhodnotí svůj život jako úspěšný a je spokojený, nebo se přikloní k názoru, že jeho život nebyl tak dobrý. U těchto lidí se pak rozvíjí zoufalství, jsou

nespokojení, a to se projevuje v interakcích k okolí a nahlížení na veškeré dění v životě člověka.

4.2.2 Realizace validační terapie

Nejdůležitějším aspektem terapie je osobní postoj a profesionalita pracovníka poskytujícího terapii. Terapie probíhá v přímé individuální práci s klientem. Validační terapii může poskytnout pouze empatický terapeut, který je schopen realizovat operativně validační metody v přímé péči. Validace pracuje s teorií, podle níž se klient uchyluje do stavu zmatenosti a dezorientace z důvodu nedostatku porozumění okolím.

Skutečnosti a zásady, ke kterým je nutné přihlížet při procesu validace

- Všechny lidské bytosti jsou jedinečné a musí být takové, jaké jsou.
- Každý člověk je cennou lidskou bytostí a je zcela lhostejné, do jaké míry je zmatený.
- Bereme v potaz, že existuje reálný důvod změněného chování velmi starých lidí.
- Změněné chování není důsledkem anatomické změny v mozku, ale souvisí s fyzickou, psychickou a sociální změnou v průběhu života.
- Seniors nikdy nemůžeme donutit, aby změnil způsob svého chování, je to možné jen tehdy, pokud člověk sám chce.
- Starého člověka bereme takového, jaký je, a to bez předsudků a hodnocení.
- Každá fáze života přináší specifické úkoly, které pokud nejsou splněny, vytvářejí následně psychické problémy.
- Má-li klient postiženu krátkodobou paměť, obraťte se do minulosti, je-li postižen zrak, dívejte se zrakem vnitřním, je-li postižen sluch, slyšte svůj vnitřní sluch.
- Je třeba vystihnout bolestivé pocity klienta a dát najevo vhodnou reakci těmto emocím.
- Empatie, soucit vedou k důvěře mezi klientem a terapeutem, snižují úzkost a poskytují důstojný vztah.

Realizace validačního procesu rozdělujeme na tři části

Mise

Fáze zjišťování informací o klientovi. Nejčastěji z okolí od příbuzných, jiných blízkých a pečujících. Součástí zjišťování informací je i pozorování neverbální komunikace.

Poloha

V této fázi dochází k určení etapy změny v chování člověka – důležité pro dosažení stanovených cílů validace. Podstatnou roli hraje volba komunikačních technik.

Technika

Validační rozhovor, validační postoj, zrcadlení. Vybranou techniku používáme u klienta několikrát denně, z počátku v krátkých intervalech. Aktivní naslouchání – *pomyslně „alespoň chvíli chodíme v botách klienta, pak zjistíme, kde tlačí“*.

4.2.3 Cíle validační terapie

Řada autorů shrnuje cíle validace následovně:

- U klienta v průběhu terapie dochází k obnově sebeúcty.
- Snižuje se hladina stresového faktoru.
- Bere se na zřetel prožitý život klienta.
- Dochází k řešení konfliktů z minulosti.
- Validační terapie zlepšuje verbální i neverbální komunikaci s klientem.
- Dochází k zlepšení pohybového potencionálu i duševního zdraví, nezávislosti na okolí.
- Snížení potřeby medikace.

Validace pomáhá lidem vyrovnat se s životem, snižuje stres způsobený životními ztrátami. Využití validační metody je přínosem pro klienty s demencí, protože jim umožňuje zůstat lidmi bez ohledu na stav a situaci, ve které se nacházejí. Validace dává klientům možnost zachovat si důstojnost i hodnotu lidství. Validaci je možno realizovat individuálně i skupinově, skupinová validace klade značné nároky na terapeuta a je v praxi méně využívána. Validační terapeut se řídí následujícími zásadami, tzn., že je empatický, trpělivý a laskavý. Pozorně naslouchá a umí číst mezi řádky. Zná aspekty komunikace a dokáže rozpoznávat neverbální signály. Umí klást správně otázky. Nepoužívá slovo „vždycky“. Nezahlčuje projevené emoce klientů. Validační terapie je pravým opakem

terapií zaměřených na práci s realitou, zjišťuje individuální, subjektivní realitu s důrazem na emocionalitu, přičemž respektuje individuální výklad reality. Uznává pravdivost emocí a pocitů člověka, nesnaží se ho „převést na naši stranu“. *„Validace není terapií na „středu od dvou do čtyř“, ale má prolínat celým životem starších lidí s poruchami orientace a v tomto smyslu se týká například v rezidenčních zařízeních lékařů, sester, ošetřovatelů, organizátorů volnočasových aktivit stejně tak jako pomocného technického personálu, uklízeček a třeba i pomocnic v kuchyni – ve vztahu k validační terapii je každý z nich terapeutem.“* (Sýkorová, s. 247) Principy a zásady validace nevyžadují žádné další odborné vzdělání, stačí zaškolení personálu a dobrá týmová spolupráce.

Feil (1982) hovoří o čtyřech prvcích validace:

- Teorii o tom, jak se staří lidé vyrovnávají s předchozími a stávajícími problémy, jejich chování reflektuje potřebu bezpečí, kontroly, náklonnosti a příslušnosti ke společenství
- Klasifikaci chování seniorů s poruchami orientace ve čtyřech základních stupních vývoje postižení – fáze nedostatečné orientace (v této fázi je úspěch validační terapie založen na naslouchání a důsledném respektování osobnosti a chování klienta, klient velmi dobře rozliší, kdo svou roli pouze dobře hraje, terapeut by měl být klientovi partnerem, což by mělo být zřejmé i z jeho neverbální komunikace, může se ptát na to, jak se klient cítil nebo cítí, klienti promítají do svého okolí minulé i současné bolestné zkušenosti, někdy však může být problém i reálný), fáze časové dezorientace (dochází k tzv. citové i tělesné inkontinenci, klienti svoje pocity ventilují v plném rozsahu, objevuje se intuitivní myšlení, výrazné poruchy paměti, kreativita, neschopnost koncentrace a dodržování pravidel – práce probíhá na emocionální úrovni, cílem je navodit pocit uvolnění, souznění), fáze stereotypních pohybů (klienti se projevují v této fázi pudově, křikem, pomlaskáváním, sténáním, případně bloumáním) a fáze vegetace (klienti již pouze leží, nemluví, jsou inkontinentní, nereagují, práce s nimi je založena výhradně na neverbální komunikaci, kdy se používá dotyku, zpívání, kolébání, jemné masáže, je třeba si na každého člověka udělat denně čas a věnovat se mu, pobýt s ním)
- Pomáhajících a animačních technikách pro práci s klienty ve všech fázích poruchy

- Skupinové formě validace pro 5-10 osob (in Sýkorová, 2004, s. 245-247)

4.3 Kognitivní trénink/rehabilitace

Cílem kognitivní rehabilitace je udržení psychické aktivity nemocného zejména v časných fázích demence a procvičení zachovaných funkcí. Používají se různé techniky, kvízy, hry s čísly a písmeny, pojmenovávání předmětů, doplňování slov do textu, říkadla, křížovky, práce s novinami, časopisy, kalendářem, slovní fotbal, zapamatování si věcí na obrázcích, skládání tvarů – puzzle. Nejedná se ale o techniky, jaké jsou využívány při cvičení paměti u zdravých seniorů. Jde o to klienty pochválit, povzbudit, neopravovat ani nezkoušet znalosti, na výsledek nespěchat, dávat klientovi dostatečný čas a prostor k vyjádření. Důležité je i podpořit sebevědomí a motivaci ke spolupráci, tj. podat činnost zábavnou formou. Většinou se jedná o obousměrnou zábavu, aktivizuje se a baví i personál. Při správném používání pomůcek s klienty trpícími Alzheimerovou nemocí dochází v praxi ke zlepšení jejich stavu. Z důvodu nedostatku literatury, ze které by se dalo pro kognitivní trénink čerpat, ČALS s podporou farmaceutické firmy Pfizer vydala pracovní sešity „Cvičte si svůj mozek 1., 2., 3. díl“ s různými stupni obtížnosti, které v praxi využívá mnoho pracovišť pečujících o klienty s demencí, z nichž některá jsem navštívila a popisuji v praktické části této práce. Sešity jsou vhodné i pro kognitivní trénink u zdravých seniorů. Další inspiraci lze čerpat např. v publikacích Jitky Suché nebo volně stáhnout ze serveru www.vzpominkovi.cz. Pro potřeby denního stacionáře Gerontocentra vznikla s podporou firmy Lündbeck i krabice „Sada pro kognitivní trénink“, která je dnes k objednání pro všechny zájemce o kognitivní rehabilitaci osob s demencí v pokročilých fázích a lze ji využívat jak doma, tak v různých zařízeních, která pečují o klienty s demencí. Obsahuje zjednodušené a zvětšené pexeso, skládanky, stolní hry, domino, vše přizpůsobené ke kognitivní rehabilitaci pacientů/klientů v pokročilejších fázích demence. Smyslem není cvičit funkce, které jsou narušené a pravděpodobně se již nezlepší, naopak by uvědomění si nenávratných ztrát mohlo seniory stresovat nebo odradit. Proto je nejvhodnější zaměřit se na procvičování dlouhodobé paměti, která zůstává dlouho zachována i u osob s demencí, jak bylo řečeno již dříve. Procvičování krátkodobé paměti je možné ještě u osob se začínající demencí. Nejdůležitější zásadou pro kognitivní rehabilitaci je to, aby jednotlivá cvičení byla přizpůsobena možnostem seniorů tak, aby mohli zažít úspěch a aby je bavila.

Příklady kognitivní rehabilitace používané v praxi:

- **Zkratky** – terapeut má na kartičkách napsané velkými písmeny různé zkratky používané v minulosti a senioři mají za úkol rozpoznat, co za slova představují jednotlivá písmena
- **Složená slova** – na kartičkách má terapeut napsaná slova, ze kterých účastníci skládají slova další (př. kolo a běh, koloběh)
- **Doplňování slov** - v textu je vynecháno slovo (jméno zvířete), účastníci doplňují tak, aby věta dávala smysl
- **Obrázky** – cvičení zaměřené na vizuální paměť, lze provádět vícero způsoby, terapeut může postupně ukazovat 10 – 15 obrázků, účastníci poté vyjmenovávají, co viděli, nebo lze rozdat každému z účastníků jeden obrázek a každý vysloví, co má za obrázek, terapeut obrázky sesbírá a všichni se snaží vzpomenout, co kdo měl za obrázek, další variantou je rozložit obrázky na zem v množství podle úrovně skupiny (9, 12 nebo 15 obrázků), poté nechat účastníkům čas na zapamatování, karty otočit obrázkem dolů a nechat účastníky hádat, kde byl např. stůl nebo je možné ukazovat na kartičky a ptát se, co zde bylo, vhodné je dát najevo, že ani terapeut si nemusí zapamatovat vše
- **Předměty** – u této techniky se zapojuje vizuální paměť i hmat, lze ji zase různými způsoby obměňovat, terapeut může obejít účastníky sedící v kruhu a každému nechá nahmatat předmět, který je ukrytý v látkovém pytlí, úkolem účastníků je určit pomocí taktilních vjemů, o jaký předmět jde, předmět poté vytáhne každý z tašky a ukáže ostatním, všichni účastníci se snaží zopakovat společně s terapeutem, kdo má jaký předmět, předměty se uloží zpět do pytle a na závěr se snaží všichni vzpomenout, o jaké předměty se jednalo, většinou si každý vzpomene alespoň na ten svůj; další možností je rozložení 10 – 20 předmětů na stůl nebo na zem, prohlížení jednotlivých předmětů, jejich pojmenovávání, poté nechá terapeut chvilku na jejich pozorování a zapamatování, přikryje je ubrusem nebo dekou a všichni se následně snaží rozpomenout na co nejvíce předmětů (terapeut může mít jejich seznam sepsán na lístečku), trénuje se výbavnost s latencí
- **Písmena a čísla** – jedná se o těžší variantu výše uvedeného, s tím rozdílem, že se použijí kartičky s písmeny a čísly, otočí se dospod a účastníci se snaží vzpomenout na co největší počet čísel a písmen a jejich umístění

- **Technika „nákup“** – cílem tohoto cvičení je vybavit si položky ze seznamu, co je potřeba nakoupit a v jakém množství, vhodné je zadat 8 – 15 položek, seznam dvakrát pomalu přečíst, do seznamu lze zařadit např. ingredience potřebné pro uvaření určitého pokrmu, cílem je vyzkoušet si vybavnost s latencí
- **Tvary z barevného papíru** – čtverec, obdélník, trojúhelník, kosočtverec, kruh, ovál, lichoběžník na kartičkách ze čtvrtky (maximální množství 15), terapeut spolu s účastníky určuje o jakou barvu a tvar se jedná, poté otočí obrazcem dospod a všichni se snaží společně vzpomenout, kde je jaký tvar umístěn a jakou má barvu
- **Cvičení pohybové paměti** – terapeut začne předvedením jednoduchého pohybu, který provedou poté všichni účastníci v kruhu, takto se pokračuje ve směru hodinových ručiček, každý provede první pohyb a přidá další, svůj, pokračuje se do té doby, kdy to účastníci zvládají, procvičují paměť i tělo, toto cvičení zvládají i senioři s více porušenou pamětí, pokud někdo není schopen vymyslet vlastní pohyb, terapeut mu pomůže a vymyslí ho pro něj, např. zvednutí ruky, dupnutí, tlesknutí, podrbání se na hlavě atp.
- **Maxi pexeso** – počet kartiček se určí podle schopností hráčů, rozloží se do symetrického tvaru, každý otáčí klasicky dva libovolné obrázky, dokud nejsou rozebrány všechny dvojice; další z možností je otočit všechny kartičky obrázkem vzůru, nechat čas na jejich zapamtování, pak zase otočit zpět a pokračovat jako u klasické varianty; další z možností je ponechání obrázků lícovou stranou nahoru, jejich pomíchání a hráči hledají vždy stejné dvojice, pro tuto variantu lze použít fotografie ze dvou stejných kalendářů nebo zvětšené pexeso
- **Jazykolamy** – terapeut přečte nepříliš dlouhý jazykolam, účastníci se ho snaží zopakovat, procvičí si krátkodobou paměť, výslovnost a přitom se i pobaví
- **Říkadla** – čtení říkanek a básní, kde je obsažena rostlina nebo zvíře, následně se účastníci snaží vybavit si všechny zmíněné rostliny a zvířata
- **Vlajky** – pro toto cvičení se používá max. 9 vlajek a hodí se spíše pro osoby s mírnou demencí, na čtvrtky nakreslíme vlajky států, které jsou všeobecně známé, rozložíme na stůl a snažíme se určovat, která vlajka patří kterému

státu, účastníci se snaží zapamatovat, kde jaká vlajka leží, terapeut kartičky otočí lícem dolů a poté se všichni snaží vzpomenout, kde je jaká vlajka

- **Detaily obrázků** – pracovník nechá kolovat obrázek formátu A3, na kterém je hodně detailů, obrázek zakryje a účastníci se snaží odpovídat na otázky vztahující se k obrázku
- **Slovní fotbal** – pracovník začne prvním slovem a účastníci se snaží vymýšlet další slova tak, aby vždy počáteční písmeno slova bylo shodné s písmenem posledním slova předcházejícího, lze používat nápovědu nebo počáteční písmeno připomenout, hra by neměla přesáhnout 15 – 20 min
- **Příslloví a pranostiky** – pracovník předčítá první část přísloví a pranostik a účastníci doplňují druhou část, potíže by mohlo způsobit, pokud bychom chtěli přísloví vysvětlit, proto je lepší účastníky tímto nestresovat
- **Dvojice** – využívá se všeobecně známých dvojic (filmových, pohádkových, historických atp.), účastníci se snaží doplňovat dvojice (Bob a Bobek, Romeo a Julie atd.), kartičky lze rozložit na stůl a nechat účastníky hledat dvojice nebo je ukazovat
- **Přirovnání** – pracovník předčítá část přirovnání, účastníci ho doplňují (moudrý jako...sova)
- **Slova, která nepatří do skupiny slov** – pracovník přečte 4 – 7 slov, účastníci určují, které slovo k ostatním nepatří a zároveň, co mají slova společného
- **Antonyma** – toto cvičení zvládají i lidé s velmi pokročilým stupněm demence, pracovník čte jednotlivá slova ze seznamu a účastníci doplňují slova opačného významu
- **Hlavní města** – pracovník čte ze seznamu jednotlivé země, účastníci určují jejich hlavní města, cvičení je vhodné ve střední fázi demence, v Gerontocentru využívají pracovníci hlavní evropská města a dobře známá města velkých mimoevropských států, cvičení lze obměnit a určovat do které země patří i jiná větší města
- **Řeky a města** – cvičení vhodné v počáteční a střední fázi demence, účastníci určují, kterým městem protéká jaká řeka či obráceně
- **Názvy knih a jejich autoři** – určování známých děl, cvičení vhodné i v pokročilejší fázi demence, zaměřené na dlouhodobější paměť

- **Otázky a odpovědi ANO-NE** – určování pravdivosti a nepravdivosti vět, nesmyslné věty se upravují tak, aby byly správně
- **Homonyma** – pracovník určí slovo a účastníci hledají různé významy tohoto slova, po vyčerpání odpovědí se přejde ke slovu dalšímu
- **Země, města, jména atp.** – účastníci si vylosují písmeno a vyjmenovávají co nejvíce názvů zemí, měst, jmen od vylosovaného písmena, někdy se opakují nebo mají potíže přejít k dalšímu zadání
- **Předpony** – při sezení se pracuje s kartičkami, na kterých jsou napsány max. 3 – 4 různé předpony, účastníci vymýšlí slova od daných předpon (BA-, LA-, MA-, TE-, VY-, RO-, SO-, TRA-)
- **Ovoce, zelenina, stromy, koření** – úkolem je vyjmenovat co nejvíce druhů, cvičení lze různě obměňovat, je možné zkusit vyjmenovat všechny naše prezidenty, jak následovali po sobě, hudební nástroje, sporty atd.
- **Přesmyčky** – pracovník připraví účastníkům kartičky s různě zpřeházenými písmeny a vysvětlí, co je smyslem, tj. rozluštit nesrozumitelné slovo (GYRT – TYGR), po vyluštění lze ještě techniku ztížit a snažit se rozpomenout, co bylo na kartičkách za slova, tak si procvičí i krátkodobou paměť
- **Jména podle abecedy** – pracovník si připraví kartičky se jmény účastníků i jiných jmen, rozloží je na stůl a úkolem aktérů je seřadit je podle abecedy, cvičení je vhodné i pro osoby v pokročilém stádiu demence, většinou si stále pamatují, jak jdou za sebou písmena abecedy
- **Skládání slov z písmen** – jedná se o cvičení vhodné pro osoby v počáteční fázi demence, pracovník si vyrobí kartičky s jednotlivými písmeny vybraného slova, rozloží je na stůl a účastníci se snaží slovo složit, případně z písmenek ve slově vytvořit slova další
- **Křížovky** – jedná se o aktivitu, která je vhodná až do střední fáze demence, schopnost luštit křížovky bývá většinou dlouho zachována a senioři se této činnosti rádi věnují i během nemoci, nejvhodnější forma je, pokud pracovník čte, napovídá na kolik písmen je slovo a zároveň zapisuje do kolonek, takto je možné zapojit i větší skupinu seniorů s demencí, každý odpovídá to, co zná, obtížnost pracovník přizpůsobí dané skupině (Holmerová a kol., 2007, s. 159 – 171)

4.4 Orientace realitou

Je jednou z nejrozšířenějších strategií užívaných v kontaktu s lidmi s demencí. Jejím cílem je pomoci lidem se ztrátou paměti a dezorientovaným připomenout fakta o nich samých a o jejich okolí. Může být užívána individuálně i skupinově. Některé studie mluví proti tomuto přístupu z toho důvodu, že může účastníkům připomínat jejich zhoršující se stav s následným poklesem nálady. Další negativní názory poukazují na frustraci pečujících, když se snaží člověka s demencí opakovaně navracet do reality, ale bez nějakého viditelného dlouhodobějšího efektu. S uvedeným lze částečně souhlasit, myslím si, že není nutné za každou cenu člověka s demencí opravovat, ale je důležité zajistit mu důvěrně známé a bezpečné prostředí tak, aby se cítil dobře. Vhodnou pomůckou při orientaci v čase může být velký nástěnný kalendář, dobře viditelné hodiny, nástěnky s aktuální tematikou, dále je možné využít piktogramy označující místnosti nebo činnosti, symboly, směrovky, návody, identifikační cedulky, fotografie klienta a jeho blízkých apod. Prostor můžeme vybavit známými věcmi a předměty ze života klientů. Místnosti a všechny dveře je vhodné zřetelně označit.

4.5 Smyslová aktivizace Lore Wehner

Smyslová aktivizace ve svém prvotním významu znamená „vedení do pohybu“ za pomoci všech smyslů. Cílem je vytvoření motorické, kognitivní, verbální, komplexní činnosti. Využití této metody u seniorů s demencí umožňuje poznat, podchytit a použít možné zdroje obnovy, posilují se zchovalé schopnosti, ale i ty zapomenuté, trénují se běžné každodenní činnosti. Znovu se člověku mohou vybavit příhody, události, slova, představy i emoce s nimi spojené. Člověk s demencí tak získává možnost komplexně komunikovat všemi smysly, což mu umožňuje zachovat si sociální kontakty. **Dotyk, komunikace, setkání** jsou základní lidské potřeby, stejně jako potřeba **blízkosti** a **pozornosti**. Člověk s demencí, pokud již není schopen komunikovat verbálně, potřebuje o to víc i neverbální prostředky komunikace. Krátkodobá aktivizace se cíleně zaměřuje na určité osoby, na splnění jejich potřeb, přispívá k pocitu pohody a zlepšuje kvalitu života ve stáří. Kromě běžné péče, nejen starý člověk potřebuje zažít pocit blízkosti a pozornosti druhých. Touha po dotyku, verbálním i citovém kontaktu nás neopouští po celý život, jsou to jedny ze základních životních potřeb. Pokud opomíjíme citovou stránku, ztrácíme pocit spokojenosti, vyrovnaní a radosti ze života, ale nalezneme-li v pracovním dni alespoň deset

minut času pro krátkodobou aktivizaci, dáváme tím možnost vytvářet vztahy založené na **důvěře** mezi pečujícími a klienty, které ve finále přispívají k vyšší kvalitě života ve stáří. Pocit sociální jistoty, sounáležitosti s okolím přináší klid, mírní se stavy deprese, strachu, podrážděnosti, nespokojenosti a nevyrovnanosti. Hlasité verbální projevy a stavy neklidu mohou často znamenat touhu po emočním kontaktu nebo nenaplnění jiných potřeb. Pro klienty s demencí je typická zvýšená **dynamogenie**, tj. zvýšená motorická aktivita a neklid, kterou lze dobře mírnit právě cílenou aktivizací. Často se stává, že se lidé „vzdají“, když nemají nic smysluplného, čím by se mohli zabývat. Vždy by proto měla aktivizace působit potěšení, radost a zábavu, přinášet oživení všedních dní. L. Wehner používá aktivizačních krabic s určitou tematikou, fotografií i jiných předmětů známých klientům, zdůrazňuje pravidelnost, nejlépe 15 minut každý den, aby bylo možné zaznament určité zlepšení. Klienti s demencí 1. a 2. stupně jsou schopni účastnit se skupinových aktivit, ale s klienty na hranici 2. a 3. stupně se doporučuje pracovat individuálně. Pozornost je třeba věnovat jak nadměrnému přetížení, tak nedostatečným podnětům. Vzpomínky na smyslové vjemy trénují současně i paměť, kde jsou uloženy všechny dojmy, prožitky, emoce, které lze znovu vyvolat. Trénování vzpomínání a paměti za pomoci smyslových vjemů, pomoc při hledání slov atp., jsou významnou složkou komplexního působení, které je každému člověku přizpůsobeno podle aktuálního stavu vývoje jeho nemoci. L. Wehner představuje i **motogeragogiku** (pohyb, rytmika, tanec), jejíž podstatou je mobilizace, aktivizace, důvod k pohybu, prevence pádů i trénink kognitivních funkcí.

Žít svéprávný život ať už se člověk nachází kdekoliv, prožívat a vnímat každou životní etapu všemi smysly, znamená plně žít. L. Wehner zmiňuje projekt „Montessori pro seniory“, jehož cílem je vytváření průběhu dne a bezprostředního okolí, emoční sblížení při přímé péči, prožívání rituálů různých oslav během roku. Wehner poukazuje na to, že důstojný život ve stáří je vést **smysluplný** život. Činnosti jako uvaření kávy, zalévání květin, péče o své tělo by měly být podle konceptu „Montessori pro seniory“ nadále součástí života člověka, přesto nebo právě proto, že žije v instituci. Podstatou je zůstat co nejdéle aktivní a nepřestávat se věnovat aktivitám, na které člověk ještě stačí, např. pečovat o byt, oblékat se sám, chodit na nákupy, procházky atp. Existuje množství materiálu využitelného při práci se seniory k povzbuzení jejich smyslového vnímání – pro cvičení vůní, chutí, tvarů, barev, povrchů, váhy atd. Montessori neopomíjí ani kontakt s okolím, pocit, že jsme součástí většího celku, smysl má uskutečňování vycházek, pořádání přednášek, aktivace schopnosti nechat se něčím okouzlit. Za sebe mohu říci, že vycházky do okolí s klienty docházejícími do stacionáře, se těšily vždy velkému ohlasu, i když bylo

nutné se individuálně přizpůsobit možnostem jednotlivců i pracovníků. Z dalších prvků se osvědčily ukázkové předměty a obrázky, např. jídel. Důležitou součástí je utváření společenských i osobních prostorů a místností tak, aby připomínaly domov, s tím souvisí i výzdoba dle ročního období, mít možnost klidného koutku, kde se dá číst a relaxovat, také venkovní prostředí a zahrada se může stát místem klidu a uvolnění, setkávání, tj. zdrojem radosti ze života.

„Skutečná pomoc ve stáří si název „pomoc“ zaslouží tam, kde lidé mohou žít s pocitem sebeurčení, tam, kde se každodenně uplatňuje základní pravidlo Marie Montessori¹⁷ „Pomoz mi, abych to udělal sám“ a kde životní náplň celého týmu je každodenně poskytovat pozornost, ohleduplnost a úctu i emoční sbližování.“ (Wehner, Schwinghammer, 2013, s. 27-28)

4.5.1 Cíle smyslové aktivizace dle Lore Wehner

U klientů s demencí dává smyslová aktivizace možnost poznat a použít zdroje možné obnovy, impulzy ze smyslových orgánů jsou přiváděny nervovými drahami do mozku, kde se znovu uspořádají a připojí k předchozím informacím. Posilují se zachovalé schopnosti, znovu se vybavují příhody, slova, emocionální prožitky atp. Člověk s demencí získává možnost komplexní komunikace všemi smysly. Z některých cílů, jak je vyjmenovává Wehner, lze zmínit např. aktivizaci pohybového aparátu, uvědomění si okolí, přírody, vnímání tepla a zimy, podpoření hrubé a jemné motoriky, koordinace očí-rukou, aktivity prováděné dominantní rukou, zaměření na neaktivní polovinu těla, integrace obou polovin těla, rozšíření sociálních kontaktů, zlepšení schopnosti komunikovat, práce s pamětí, schopnost koncentrace a pozornosti, zručnost, trénink mozkové činnosti, aktivizace radosti ze života, nabídka smysluplného průběhu dne, dobře připraveného prostředí, splnění potřeb a přání, dosažení duševní a duchovní pohody, zvýšení aktivity klienta a zvýšení kvality života.

¹⁷ Maria Montessori (1870-1952) byla první italská lékařka. Po ukončení studia pracovala zpočátku na univerzitní klinice v Římě s dětmi s duševní retardací a vyvrátila tehdy panující mínění, že tyto děti jsou nevzdělavatelné. Později vedla první dětský domov v Itálii „Casa di Bambini“ určený pro děti ulice, jejichž rodiče byli většinou zaměstnaní v továrnách. Používáním smysluplného materiálu v kombinaci s využitím medicínských poznatků vyvinula pedagogickou metodu, na základě které jako docentka ústavu pro vzdělávání učitelů a ředitelka léčebně-pedagogického institutu v Římě dosáhla pozoruhodných úspěchů – a to jak u dětí s retardací, tak i později při práci s dětmi z málo privilegovaných skupin obyvatel. Po vydání její knihy „Výchova k samostatnosti v raném dětském věku“ se její poznatky rychle rozšířily a to jí umožnilo od roku 1913 v mnoha zemích přednášet a vysvětlovat svou metodiku. (Wehner, Schwinghammer, 2013, s. 29)

4.6 Biografický přístup prof. Böhma

Jedná se o rehabilitační formu péče, kterou začal rozvíjet prof. Böhm v roce 1965. V podstatě jde o to, že se pacienti reaktivizují a sami se začínají starat o každodenní aktivity. Principem je psychickou reaktivizací rozhýbat i tělo. Tento přístup přináší vzájemnou otevřenost, respekt, vstřícnost, nabízí způsoby řešení zátěžových situací. Využití biografie u klienta představuje holistický náhled na člověka, zdůrazňuje lidskou důstojnost, kterou by měla péče v institucích reflektovat.

Böhmův mezinárodně uznávaný ošetrovatelský model v oblasti geriatric a gerontopsychiatrie je založen na podpoře schopnosti sebepečce u starých a zmatených lidí nebo na způsobech, jak tuto schopnost co nejdéle zachovat. Staví na principu oživení zájmu seniora aktivizací jeho psychiky. Mění úhel pohledu na seniora, prioritou je tolerantnější péče, která opouští roli pečující matky. Kritizovaný klasický způsob péče, kdy se pečující personál soustředil na uspokojení základních potřeb, tj. člověka nakrmit, udržet v čistotě, teple a pohodlí, ale opomíjel jeho zachovalé schopnosti a dovednosti, vystřídal model nový, který již nepodporuje závislost na péči a nepřebírá úkony sebepečce. Nový přístup vnímá člověka i s jeho biografickou historií - individuální, regionální i kolektivní, jako člověka, který čelil mnoha událostem a zážitkům, zodpovědně prožil svůj život a je hoden důstojné péče v jeho závěru. Klient tak skrze aktivizaci psychiky mnohdy začne zvládat úkony péče o sebe sama, dojde na toaletu, zalije květiny nebo upeče koláč. Získá novou životní energii a sílu (elan vital), zdroj všeho našeho konání a motivace. Böhm říká, že veškerá základní i specializovaná péče je druhotná, pokud člověk ztratil motiv proč žít, když postrádá „elan vital“, nemá ani vůli, ani chuť pohybovat se, umýt se. Přestává o sebe pečovat, protože mu chybí životní energie. Tento přístup se snaží o porozumění klientům personálem, který je pak lépe schopen aktivovat jejich psychiku i tělo. Všichni pracovníci věnující se přímé péči musí nejdříve porozumět životnímu příběhu klienta a teprve na základě tohoto lidského porozumění jsou schopni poskytovat individualizovanou péči seniorovi s úctou a respektem k důstojné hodnotě stáří.

Profesor Böhm navazuje na psychologii Erika Eriksona, který hovoří o osmi životních etapách ve vývoji člověka od narození po senium, ale inspiruje se i dalšími psychology jako je Freud a jeho hlubinná psychologie, individuální psychologie Adlera, Jung či Frankl, integruje v sobě prvky z behavioristické a sociální terapie. Publikuje studii, v níž se zabývá sedmi stupni regrese u seniora se změněným chováním. Člověk s Alzheimerovou demencí se postupně odpoutává od současné reality a vrací se do období

své dospělosti, do zaměstnání, do svého dětství, k roli rodiče, studenta, dítěte. Opětovně se ožívají významné události, emočně silné zážitky, ale i každodenní rutina a zvyklosti klientů. Pečující, pokud má k dispozici klientovu biografii, klientovy věci nebo další významné artefakty staré doby, může vstoupit do klientovy reality a komunikovat s ním na úrovni, ve které klient slyší, vidí, vnímá a chápe. Böhmovi se nelíbilo, že v domovech pro seniory za obyvatele vykonávají vše ošetřovatelé a nikdo je nemotivuje k vlastní činnosti, tento „hotelový servis“ se snažil změnit, aby klienti neodcházel do domova pouze „umírat“, jak situaci sám nazval. Jeho úsilím bylo přivést klienty zpět k životu, nechat je vykonávat aktivity, na které byli zvyklí dříve, podpořit jejich možnosti a uznat psychobiograficky danou identitu. Nevnučovat své vlastní zásady a představy. Demenci jako takovou interpretuje ne jako organický problém, ale součást psychické biografie. Citovou rovinu komunikace s člověkem s demencí nazývá „thymopsychickou rovinou“. Reakce, které se objevují u klientů, vidí Böhm jako otisky životních situací, stereotypy v chování často souvisí se zážitky z dětství a mládí, nejčastěji s obdobím 0-25 let a senior je využívá podvědomě k překonání zátěžových situací. Tyto stereotypy se nejdéle zachovávají.

Díky uplatňování psychobiografického přístupu je možné pozorovat změny týkající se reaktivizace klientů, kteří již byli uzavřeni do sebe, zmírňují se příznaky, které vedou k podávání psychofarmak, zvyšuje se pocit vlastní hodnoty seniora, kvalita péče je lepší díky „duševní péči“, zvyšuje se i pracovní spokojenost personálu a snižuje se nemocnost. Ošetřující personál zvyšuje svoji odbornost, poskytuje již dle legislativy samostatnou terapeutickou péči jako v konceptu bazální stimulace a psychobiografické péče, lékaři pouze neasistuje. Tento směr přispívá k zavádění nových alternativních koncepcí v péči o seniory i v sociální politice. Senior má právo na psychickou rehabilitaci vedle fyzické, hovoří se o institucionální péči s lidskou tváří. V popředí tohoto modelu je jeho etický rozměr ke starému člověku a s ním snaha o zlepšení současného standardu geriatrické ošetřovatelské péče. (Erwin Böhm [online], Sestra [online])

4.7 Preterapie

Preterapie je založena na empatickém přístupu ke klientům a možnosti navázat a rozvíjet efektivní cílenou komunikaci s klienty se specifickými potřebami. Po navázání kontaktu s nimi umožňuje jejich zapojení do psychoterapeutického procesu a spolupráci s dalším průběhem léčení a terapie. Preterapie přináší pečujícím nový pohled na přístup ke

klientovi. Při této metodě jsou uplatňovány tři základní principy práce. Bezpodmínečné přijetí člověka, empatie, kongruence. Preterapie se v praxi provádí pomocí slovní, zvukové a pohybové rezonance, která je zaměřena na konkrétního klienta.

4.7.1 Vymezení pojmu preterapie

Preterapie je metoda, kterou vyvinul americký psycholog Garry Prouty. Na preterapii lze také nahlížet jako na určité vyústění a prohloubení prožívání a focusingu. Umožňuje terapeutovi navázání kontaktu s lidmi, kteří mívají v anamnéze: *"nereagující na terapeutické působení"*. U většiny případů se terapie týká klientů dlouhodobě hospitalizovaných a chronických pacientů. Významnou skupinu v péči tvoří především lidé s těžkým psychotickým onemocněním, autismem, těžkou mentální retardací nebo demencí, kde je jedním z důsledků poškození právě neschopnost zmapovat či uvědomit si své prožívání. Preterapii lze ale také aplikovat i u akutních stavů, kdy jsou lidé pohlceni svým vlastním světem, což je i jedním z důvodů, že mají obtíže s navazováním kontaktu s druhými lidmi (akutní ataky psychózy, disociativní projevy apod.).

4.7.2 Vznik a vývoj preterapie

Preterapie je poprvé veřejnosti představena v roce 1985 v Holandsku na semináři, kdy s ní vystoupil její zakladatel Američan Garry Prouty. Preterapie vychází z rogersovské psychoterapie. Preterapie se zaměřuje a vyvíjí z předpokladu rogersovské základní terapeutické podmínky - vytvoření psychologického kontaktu s klientem, bez něhož nemůže navázat terapeutický vztah a tedy ani dojít k terapeutické změně. Proutyho metoda, preterapie, která vzniká ve 20. století jako nadstavba rogersovské psychoterapie je založena na "kontaktních reflexích" - přesného zrcadlení klientova verbálního i nonverbálního chování. Samotný název „preterapie“ vypovídá o podstatě metody. Podstatou terapie je na osobu orientovaný přístup. Carl Rogers uvedl jako základní podmínku či dokonce „předpodmínku“ (z anglického termínu „precondition“) terapeutického vztahu s klientem psychologický kontakt. Pokud psychologický kontakt neexistuje, nelze na klienta terapeuticky působit a dosáhnout pokroků a následně úspěšných výsledků v terapii. Metodu rezonance poprvé v psychoterapii použil Otto Rank. Opakoval to, co mu klienti říkali, aby lépe pochopil a přijal jejich způsob uvažování a

prožívání. Carl Rogers metodu zrcadlení rozvinul na emocionální rovině, aby přesněji poznal a analyzoval pocity a prožitky svých klientů. Prouty tento způsob práce s klientem rozšířil ještě dále a reflektování na klienta používá proto, aby umožnil klientům navázat kontakt s realitou, se sebou samými a s druhými lidmi.

Preterapie se stále při práci s klientem zdokonaluje a v současné době se v ČR dostává do přímé práce s klientem. Může se zdát na první pohled velmi jednoduchou metodou, vyžaduje však schopnost vnímat nejjemnější změny v klientově chování, jako jsou dýchání, pohyb očí, napětí ve svalectech atd. Prostřednictvím velmi konkrétních reflexí terapeut zrcadlí klientovy projevy na jeho úrovni pre-expresivního či pre-symbolického fungování. Reakce terapeuta jsou tedy **empatické, nedirektivní, nehodnotící, velmi konkrétní a realistické**. Pomocí nich lze obnovit schopnost navázání kontaktu se sebou samým i se světem.

V preterapii je nutné brát zřetel na následující prvky při práci s klientem.

Konkrétnost je pro pochopení zkušeností pacientů, které postihlo poškození mozku či trpící psychózou, velmi důležitá. *Gelb a Goldstein realizovali fenomenologický experiment, při němž zkoumali jedince s poškozeným a nepoškozeným mozkem při vnímání odstínů téže barvy. Výsledek ukázal, že jedinci s poškozeným mozkem vnímají odstíny jedné barvy jako různé, vyjadřovali se velmi přesně a konkrétně. Zdraví jedinci vnímali odstín barvy jako tutéž barvu - své vjemy tedy kategorizovali a prováděli jejich abstrakci.*

Klienti s poškozeným mozkem a psychotici vnímají svět velmi konkrétně. Pro terapii je tento fakt zcela zásadní, protože spoléhá na zcela konkrétní reflexe - tedy na **předřečovou (pre-expresivní)** úroveň vyjadřování - jsou zcela věcné, přesné, doslovné. V praxi preterapie se usiluje o to, aby se terapeut přizpůsobil individuálním potřebám klienta a vnímání pacientů vyhodnotil zcela přesně. Nejdůležitějším aspektem preterapie je konkrétnost, velký význam je kladen na pozorování klienta. Důležité je, aby se terapeut naučil vnímat **pre-expresivní emoce**, které klient nevyjadřuje slovy, ale zračí se ve výrazu tváře (pozorování neverbální komunikace).

Kontaktní reflexe je navázání psychologického kontaktu v přímém individuálním kontaktu s klientem. Při preterapii se v přímém kontaktu s klientem sledují následující pozice - například při mytí, oblékání, koupání.

Situační preterapie - popis chování klienta (např. hledí do zdi).

Obličejové – terapeut si zaznamenává popis pre-expresivních emocí v obličeji klienta (usmívá se, mračí) – navazuje se kontakt s emocemi klienta. Důležitá metoda pro

klienty v regresi (*návrat onemocnění, zpětný postup, úpadek, zpětný vývoj*), při delších hospitalizacích či dlouhodobě sledované pacienty.

Tělové – pozorujeme pohyby klienta, a to nám umožňuje navázat kontakt s tělem, popisujeme bizarní či katatonní symptomatiky (kýve se, je strnulý). Tyto projevy sledujeme hlavně u pacientů s mentální retardací, schizofrenií i těžkou depresí. Důležité je sledovat pohyby těla, mnoho o klientovi vypovídají. Tělesné projevy jsou důležitým aspektem v péči o gerontologické pacienty, kteří mají problémy s komunikací nebo se komunikaci záměrně vyhýbají z různých důvodů.

Slovní - zejména u psychotických pacientů, seniorů, kteří se vyjadřují v pre-expressivní úrovni, proto jim plně nerozumíme v pravém významu slova. Pomocí slovní reflexe se můžeme přiblížit klientovi. Pozitivně povzbuzení klienti, například naším zájmem, často svůj slovní projev rozšíří a otevřou se ke komunikaci. Mezi pre-expressivní řečové projevy mimo jiné řadíme i úlomkovou řeč, echolálie, slovní sálat, neologismy apod.

4.7.3 Realizace preterapie

V oblasti sociální péče se s preterapií setkáváme jen okrajově. Metoda je vhodná pro mentálně postižené klienty, zejména pro osoby s hlubokým mentálním postižením, osoby trpící těžkými formami demence, osoby v akutní psychotické fázi.

V odborné praxi dnes v České republice chybí vyškolení terapeuti, kteří by dokázali aplikovat preterapii v praxi. Stále platí, že většina odborníků v pomáhajících profesích byla tradičně vedena k tomu, aby převzali aktivitu a věci „dělali“ za klienta. Díky preterapii se ukazuje, jak důležité je jen to s někým být. Moc má prosté "bytí s" pacientem a jednoduché reflektování. Preterapii nelze pokládat za způsob konkrétní terapeutické práce, jak je často chybně interpretován obecně rogersovský přístup. Preterapie je způsob, jak můžeme navázat vztah s klientem, který má velké obtíže v této oblasti, a nebylo by jinak vůbec možné s ním začít terapeuticky pracovat. Postačí „pouze“, aby terapeut chtěl, byl ochoten naslouchat a pomoci. Pörtner (jeden z autorů preterapie) zdůrazňuje nutnost, aby terapeut byl schopen citlivě, empaticky hodnotit stav, ve kterém se klient právě nachází, a podle toho operativně přecházet od preterapeutických kontaktních reflexí k tradiční terapii zaměřené na konkrétního člověka.

Průběh preterapie může být následující:

V příjemném prostředí jak pro terapeuta, tak i pro klienta. Důležitá je konkrétnost a empatické pozorování a sledování. Terapeut si všímá velmi drobných až nepatrných reakcí klienta. Terapeut reflexe klienta zaznamenává, hodnotí a operativně na ně reaguje. Aplikace reakcí na klientovo počínání vyžaduje od terapeuta citlivý přístup. Terapeut projevuje neustále svůj zájem o klienta a svou vnímavost potvrzuje tím, že opakuje, co klient říká.

Ukázka preterapie uvedená v knize (Prouty Garry, Werde Dion Van, Pörtner Marlis – Preterapie. Portál, 2005)

Klient: Mám pocit, jako bych se topil.

Terapeut: Topíte se.

Klient: Jo.

Terapeut: Je to, jako byste se topil.

Klient: Nemůžu zjistit ... kde jsem.

Terapeut: Kde jste? Máte obličej samou vrásku.

Klient: Kde ... je to strašné.

Terapeut: To je strašné, celý se chvějete.

Klient: Je to, jak kdybych se topil. Ano, jsem to já.

Terapeut: Jste to vy.

Klient: Já se topím. Není to nic velkého, nejspíš vana nebo tak něco.

Terapeut: Jste to vy ... vana nebo tak něco.

Klient: Nemůžu dýchat. (Ruce mu vystřelí ke krku.)

Terapeut: Dusí vás to. (Opakuje pohyb rukama jako klient.)

Klient: Je to všude ... tváře, obličej ... jsou všude.

Terapeut: Jsou všude.

Klient: Jsou to tmavé tváře, vidím je jasně.

Terapeut: Jasně vidíte, že to jsou tmavé tváře.

Klient: Je zima. Už mě skoro má.

Terapeut: Je zima. Už vás skoro má.

Terapeut: Je to všude.

Klient: Jsem ve vaně. Obličej. Jsem ve vaně.

Terapeut: Jste ve vaně.

Klient: Jsem to já ... Co se to děje? Jde to po mně. Topím se. Ty tváře jsou ošklivé.

Terapeut: Odvracíte se. Topíte se ... ošklivé.

Klient: Už mě skoro má.

Terapeut: Už vás skoro má.

Klient: Jsou to ty obličej.

Terapeut: Jsou to ty obličej, jsou ošklivé.

Klient: Jsou šílené a tmavé.

Terapeut: Jsou šílené a tmavé.

Klient: Topím se. (Pláče.) Je to jen jeden.

Terapeut: Pláčete. Topíte se. Je to jen jeden.

Klient: Dusí mě to. Ve vaně není voda.

Terapeut: Dusí vás to. Není voda.

Klient: Není tam voda ... ten obličej mě dusí. (Usedavě se rozpláče. Dlouhá odmlka.)

Terapeut: Není tam voda ... ten obličej vás dusí. Pláčete.

Klient: Je to moje bývalá žena. Dusí mě. (Dlouhá odmlka.)

4.7.4 Cíle preterapie

Preterapie je metoda, která si klade za cíl podporovat lidi se specifickými potřebami v jejich každodenním životě. Je to přístup zaměřený na klienta, a to přesně na to, co konkrétní klient potřebuje. Zdůrazňuje empatický terapeutický přístup pro zmatené staré osoby, což pro ně znamená navázání kontaktu a cestu k lepší orientaci v čase a prostoru. Snižuje úzkost, protože její jednotlivé kroky učí klienta uvědomovat si, co právě dělá, a mapuje průběh jednotlivých aktivit. Umožňuje terapeutům vystoupit z rutiny a stereotypů v péči a navázat s klientem nový kvalitnější pracovní vztah. V preterapii jsou důležité dva aspekty péče: důvěra a porozumění.

Preterapie je metoda oboustranně prospěšná, přínosná a obohacující pro obě zúčastněné strany. Jak pro terapeuta, tak pro klienta. Podstatu tvoří změna chápání klienta a zcela jiný přístup pracovníků k osobám s narušeným kontaktem s okolím a se specifickými potřebami. Přínos preterapie v přímé péči vidíme v tom, že otvírá prostor pro navázání kontaktu a komunikace s osobami, u nichž jiná forma výměny informací není možná. Této skupině klientů dává šanci, aby mohli svému okolí sdělit to, co potřebují, a zároveň aby jim bylo dopřáno vědět, že okolí jim rozumí, a to podpořilo jejich lidskou důstojnost. Hlavní podmínkou úspěchu při použití preterapie je trpělivost, vytrvalost, cit, schopnost nenechat se odradit dílčím neúspěchem a tím, že výsledky nejsou okamžité

a první pokusy se nezdařily. V přímé práci se seniory se tato metoda aplikuje hlavně u seniorů, kteří trpí demencí, Alzheimerovou chorobou, Parkinsonovou chorobou a různými duševními poruchami.

4.8 Muzikoterapie

„Hudba je těsnopis emocí. Emoce, které lze popsat tak nesnadno, jsou člověku přímo sdělovány v hudbě a v tom je její síla a význam.“

Lev Nikolajevič Tolstoj.

Muzikoterapie je velice prospěšná pro celou řadu klientů a i pro všechny v pomáhajících profesích jako součást psychohygieny. Hudba provází člověka celým životem, aniž si to uvědomuje. Je spojena s významnými událostmi v životě člověka, i se smrtí. Bezesporu pomáhá v mnoha případech, proto je přínosné poznat blahodárný účinek hudby na lidský organismus a její využití formou terapie v přímé práci s klientem.

Muzikoterapie využívá ke svému působení hudbu. Hudba, tedy různorodé sestavení melodií a rytmů, je každodenní součástí našeho režimu a mnohých životních situací. Od hudby si slibujeme mnohé, má nás uklidnit, naladit do pracovního rytmu či doprovodit v různých životních situacích. Má významné léčebné účinky a pozitivní vliv na psychiku člověka i somatický stav.

Pojem muzikoterapie v odborné terminologii je definován jako disciplína, která má multidisciplinární charakter (propojuje se s hudební psychologií, pedagogikou, sociologií, etnologií, hudební akustikou a hudební teorií, filozofií a estetikou, v neposlední řadě s všeobecnou medicínou, psychiatrií, psychologií a pedagogikou). Historické prameny uvádějí aplikaci hudby k léčitelským účelům (cílené navození konkrétních psychických stavů nebo změn vědomí hudebními či mimo hudebními prostředky). Zaznamenáváme, že hudba je vždy neoddělitelně spjata s náboženským a sociálním životem v konkrétní etnické komunitě a s jejím individuálním vyjadřováním.

Působení muzikoterapie jako léčebné metody má pozitivní přínos pro lidskou psychiku i pro celý lidský organismus. Muzikoterapie má na klienta utišující a uklidňující vliv, ale i vliv povzbuzující. Aspektů muzikoterapie je mnoho a vychází vždy od konkrétního uživatele terapie. Například pomáhá zahledět se do nitra člověka, zregenerovat se a uklidnit, je prospěšná při práci a navozuje odpočinek, vede k vnitřnímu souladu,

zlepšuje vlastní obranné mechanismy, může také zkvalitnit pojetí sebevědomí a vytvořit příjemnou atmosféru a harmonické prostředí. Muzikoterapii podvědomě používá každodenně každý člověk v různém stadiu psychického rozpoložení. V České republice bylo možné navštívit semináře německého muzikoterapeuta Josepha J. Morena v letech 2004-2006, dnes semináře a muzikoterapeutické kurzy spadají do kurzů neverbálních technik. Různí autoři hovoří o muzikoterapii jako o umění, vědecké disciplíně nebo interpersonálním procesu. Muzikoterapii lze brát i jako psychoterapeutickou metodu, hudební prostředky mají moc ovlivnit emocionální i fyziologický stav člověka, dochází k prolínání psychoterapie, medicíny, psychologie a hudební vědy. Uplatnění nachází ve zdravotnických, sociálních i školských institucích zejména poskytujících služby lidem se specifickými potřebami. Muzikoterapie je zařazována do soukromé praxe, v české legislativě neexistuje profese muzikoterapeut, proto je obtížné její financování a probíhá většinou svépomocí v rámci různých zařízení. Může mít formu individuální nebo skupinové muzikoterapie. U některých psychiatrických diagnóz není hudba vhodným terapeutickým nástrojem, může je rozčilovat, důležitý je i výběr hudebního žánru při práci se seniory. Při skupinové práci se seniory probíhá většinou muzikoterapie ve větší skupině 8 – 15 členů, kteří mezi sebou interagují, navazují spontánně kontakty a nová přátelství. Skupinová dynamika více účastníky stimuluje, zlepšuje jejich výkon, ostatní lidé ve skupině jsou zdrojem podnětů. Pro klienty v pokročilé fázi demence je vhodnou formou i receptivní (poslechová) muzikoterapie, kdy klient pouze naslouchá hudbě či zvukům. Při tvořivé muzikoterapii může klient sám hudbu vytvářet za použití hudebních nástrojů. Kvalitní muzikoterapeut projevuje o klienta zájem, důležitá je jeho osobnost, hudební cítění a empatický přístup. S muzikoterapií se lze setkat v rámci léčby v psychiatrii, neurologii, chirurgii, gynekologii, rehabilitaci, stomatologii, geriatrii, pediatrii i v dalších oborech medicíny. Záleží na konkrétním zařízení, zda má možnost sehnat muzikoterapeuta a zařadit muzikoterapii do léčebného či ošetrovatelského procesu. Cílem muzikoterapie je zpříjemnění procesu léčby či pobytu. Hudba ovlivňuje vegetativní funkce jako je srdeční rytmus, krevní tlak, dýchání, svalový tonus i motorika. Dokáže mírnit bolesti, snížit úzkost, strach při dlouhodobějších onemocněních. Umožňuje navázat kontakty osobám, které mají potíže v komunikaci a kde jsou běžné mezilidské kontakty narušeny, jako je tomu u osob s demencí. Taneční terapie a dotyková komunikace v párovém tanci seniory rovněž stimuluje. Poslech hudby i aktivní provozování hudby (např. bubnování) umožňuje ventilovat emoce. Hlavním cílem muzikoterapie je ovlivnit cití člověka tak, aby bylo v souladu s harmonickými proporcemi, tepem a dechem a aby došlo k pocitu vyrovnanosti.

Senioři velice vítají a vnímají muzikoterapii jako přínosnou, zapojují se jejich kognitivní funkce, pokud je spojena i s reminiscenční terapií. Výběru hudby je nutné věnovat pozornost, některá skladba může vyvolat i smutné vzpomínky, pokud připomene ztrátu blízkého, se kterou se ještě účastník nevyrovnal. U lidí s Alzheimerovou chorobou muzikoterapie pomáhá posílit sebevědomí, protože právě texty písní, či známé melodie se jim dobře vybavují a zůstávají v dlouhodobé paměti nejdéle. Prvky muzikoterapie lze zařadit do průběhu dne (zpěv nebo poslech lidových písní, předvádění hry na různé hudební nástroje, taneční a rytmické prvky při kondičním cvičení, poznávání hudebních nástrojů v rámci kognitivního tréninku). Další možností je vytvoření samostatného hudebního bloku, který by měl trvat max. 45 min, lze použít Orffovy hudební nástroje¹⁸, poslouchat klasickou hudbu nebo sledovat dechovku v televizi. Jednotlivé prvky muzikoterapie lze rozdělit na aktivizační techniky a pasivní techniky, které napomáhají uvolnění a relaxaci nebo vyvolávají emoce a vzpomínky. Při výběru aktivit pro seniory s demencí by měl být brán v potaz jejich věk a schopnosti, vybírat prvky, které vycházejí z jejich zkušeností a jsou smysluplné. Vhodné jsou rytmické prvky s určitou stereotypizací, což pomáhá k navození klidu klientů, stereotypní pohyby se lépe zapamatují. Je možné zapojit i pohybovou paměť, tleskat, dupat, bubnovat o stehna nebo využít dětské říkanky „Hlava, ramena, kolena, palce“ a dotýkat se přitom části těla, která je jmenována, můžeme zapojit říkadla či pranostiky. Senioři s demencí i bez kognitivní poruchy mají většinou v oblibě zpívání, dobře si pamatují texty známých písní, spontánně si rádi zazpívají pro radost i bez hudebního doprovodu. Ke zpěvu můžeme přidávat prvky pantomimy a slovesa v textech předvádět nebo v rámci kognitivní rehabilitace lze hledat v písních např., kde se objevují ptáci nebo květiny apod. Hudební nástroje lze používat při poslechu hudby i při zpěvu, kdy jej doprovázíme rytmickými nástroji. Do kognitivní rehabilitace je možné zařadit i hudební kvíz, kdy přečteme dílo a účastníci tipují autora (Vltava – Smetana, Rusalka – Dvořák, Malá noční hudba – Mozart). Hudba pouštěná pouze k relaxaci či poslechu může někdy působit rušivě a vyvolávat v klientech, kteří nerozumí náhlé „nečinnosti“ neklid. Pokud hudba vyvolá emoce, se kterými si klient neví rady (smutek, pláč), pomůže dotyk a blízkost druhého člověka. Klienti s pokročilým stupněm demence mají potíže relaxovat a nechat zavřené oči, ztrácí kontrolu nad okolím, takže raději sledují okolí a nerelaxují. Do programu je možné zařadit životopisná čtení, vzpomínky posluchačů a závěrečnou reflexi. Při různých příležitostech (Vánoce, Velikonoce, Zahradní slavnost) je

¹⁸ Orffovy hudební nástroje zahrnují bubínek, činely, triangl, rolničky, chřestidla, dřívka, rumba koule, drhlo, tamburinu nebo chřestící nástroje vlastní výroby.

příjemnou změnou pozvání profesionálních muzikantů nebo žáků z hudební školy či mateřské školy, kdy je možné si společně zazpívat. Program by neměl přesáhnout 60 minut. (Holmerová a kol., 2007, s. 225-228)

4.9 Arteterapie

Arteterapie patří k terapiím, které se zaměřují na vyjádření, poznání a pomoc člověku pomocí výtvarného projevu, výtvarných prostředků a barev. Rozhodující je vždy proces tvorby, ne výsledný artefakt. Léčit se pro člověka příjemnými prostředky, jako je hudba, tanec, barvy a výtvarné umění je příjemné a dává příjemci pocit úlevy a lepší zvládnutí nemoci, situace, problému, nenásilnou osvobozující formou. Arteterapii může využít i ten člověk, který nedisponuje výtvarným nadáním. Důležité je, aby mu terapie přinesla pocit úlevy. Pro terapeuta je při použití arteterapie v přímé péči důležité, aby znal terapeutické možnosti, chtěl a uměl zvolit patřičné techniky pro kvalitní práci v přímé péči. Využívá k poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů výtvarného projevu. Je metodou využívanou v psychoterapii a patří k jejím podpůrným metodám a jednotlivým směrům. V současné době se s arteterapií setkáváme také jako se samostatným oborem. Zahrnuje soubor uměleckých technik a postupů, které mají mimo jiné za cíl ovlivnit sebehodnocení člověka, posílit jeho sebevědomí, integrovat jeho osobnost a navodit v člověku pocit smysluplného naplnění života. Může pomoci vrátit člověka do stavu harmonie se sebou samým a svým okolím. V České republice se setkáváme s pojmem arteterapie v širším významu, kdy je do ní zahrnuto mnoho druhů expresivní terapie. Arteterapií v užším významu se označuje jen jeden z oborů expresivních terapií, který se zabývá terapeutickou aplikací výtvarných prostředků. Lze ji rozdělit podle metod na tvůrčí a analytickou arteterapii, která se blíží procesu psychoterapie. V práci se seniory se využívá tvůrčí arteterapie. V přímé aplikaci nejde o proces sebepoznávání, ale jde většinou jen o některé procesy, které mají za cíl, aby zmírnily nemoc, či „jen“ udržely některé klienty v reálném světě. Arteterapie by se zde měla držet zásady nepředělávat staré, ale tvořit nové. Pro člověka ve stáří je nejpřínosnější přidat nové, než bojovat se starým. Snaží se aktivizovat zbytky vitality seniorů a stimulovat jejich kreativitu. Cílem arteterapie pro seniory je prožít stáří bez bolestného psychického strádání. *„Každá činnost, která ve svém důsledku udržuje nebo dokonce zvyšuje praktickou soběstačnost osob vyššího věku, je důležitá, žádoucí a prospěšná. K takovým činnostem patří nepochybně arteterapie seniorů.“* (Haškovcová, 2012, s. 54)

Někdy se pojem arteterapie nahrazuje prostým pojmem malování nebo tvoření pro radost atp. V každém výrobku nebo výtvaru, který senior vytvoří, se odráží charakter jeho osobnosti nebo onemocnění, porucha osobnosti, aktivita či pasivita, extroverze nebo introverze, ale i estetická životní zkušenost. Z některých kreseb je přímo čitelná aktuální porucha. Pokud terapeut se seniory trpělivě a citlivě pracuje, podporuje je, dosahují takové úrovně, kterou by sami od sebe nikdy neočekávali. Tato vnější motivace při práci stimuluje k pohnutí vnitřní psychické složky člověka. Arteterapeutické výtvarné techniky, které se dají s pacienty s různým psychickým postižením použít, jsou různorodé. Některé použít nejdou u všech klientů, např. problematické je vystřihování obrázků u lidí s Parkinsonem (brání jim ve stříhání třes rukou, mohou ale vytrhávat papír na koláže). Technika spojená s vystřihováním přitom rozvolňuje psychické bloky, udržuje či zlepšuje motoriku. Po dokončení výtvarného díla seniorů je neinterpretujeme, ale podporujeme radost z činnosti. Senioři neodrážejí v tvorbě své postoje, ale spíše emoční vyladění a citové vazby k okolí, které mají pro ně význam. Zpodobňují v tvorbě sebe sama. Úkolem terapeuta je vyjadřovat přesvědčení, že v každém je ukrytý tvořivý potenciál a kreativita, pomáhá objevit estetické a tvůrčí dovednosti. Senioři se při práci vědomě radují, upevňují zakotvení v přítomnosti. Hotové dílo znamená naději, že klient vytvoří další. Psychologická funkce arteterapie spočívá v neverbálním podněcování a stimulaci nejstarších fylogenetických a ontogenetických dispozicí mozku, k čemuž dochází prostřednictvím estetických a emočních vjemů prožívaných při samotné tvůrčí činnosti. Na člověka působí barvy a jejich kombinace, čehož využívá arteterapie pro ovlivnění psychického či fyzického zdraví, je dobré znát alespoň jejich základní rozlišení. Základní vlastnosti barev jsou teplo a chlad, světlost a tmavost, terapeut by měl umět rozlišit základní a komplementární barev. Mezi základní patří červená, modrá, žlutá, a k nim komplementární zelená, oranžová a fialová. (Šicková-Fabrics, J. 2008, s. 114)

Arteterapie se začala zavádět v ČR do práce s nemocným v 50. letech. Je součástí psychoterapie v různých léčebných a psychoterapeutických zařízeních. Psychoterapeutická společnost ČLS J. E. Purkyně založila arteterapeutickou sekci, která sdružuje zájemce o problematiku arteterapie z různých oborů, pořádá speciální semináře a dílny. Mezi zájemci jsou studenti a absolventi speciální pedagogiky, protože arteterapie byla zpočátku veřejnosti předkládána pouze jako součást studia speciální pedagogiky. V roce 1994 vznikla u nás arteterapeutická asociace, která je otevřena všem zájemcům o arteterapii a snaží se o přeměnu na profesní organizaci.

Pokud arteterapeut umí a dokáže pojmout komplementární pravidlo barev, jeho kvalitu a schopnost diagnostikovat zvyšuje účinnost terapie. Dokáže poznat skrze barevné kombinace harmonii či naopak nesoulad v člověku. Důležité je také k rozklíčování symboliky klientových výtvorů, použití symboliky barev. Každá barva disponuje svou protibarvou. Role protibarvy je neutralizovat barvu původní. Např. pokud se bude člověk dlouho dívat na červený obraz, oči si poté můžeme zchladit pohledem na zelený obraz. Pro modrou je protibarva oranžová a naopak, pro žlutou zase fialová a naopak. Červená barva podporuje tvořivé myšlení, dodává krátkodobě energii, zvyšuje krevní tlak a puls, zelená podporuje produktivitu, dodává energii, žlutá a oranžová podporuje tělesnou činnost a vyvolává dobrou náladu, modrá snižuje krevní tlak i puls, podporuje soustředění a studium, purpurová kontroluje chuť k jídlu, zklidňuje, růžoví zklidňuje a je vhodná k odpočinku, světlé barvy nenarušují žádnou z činností, bílá není příliš vhodnou barvou, podobá se sněžné slepotě. Každý člověk je individualita s jedinečnými fantaziemi, asociacemi, představami, sny, přáními, vzpomínkami, proto pro každého člověka znamená konkrétní barva něco jiného.

Pro realizaci arteterapie je nejdůležitější osobnost arteterapeuta. V Čechách ani na Slovensku zatím neexistuje jednoznačný profesní statut arteterapeuta. Osobnost arteterapeuta vychází z interdisciplinární intuitivní role člověka, kdy při výkonu arteterapie dochází k propojení vlastního pocitu terapeuta, jak vést terapii a znalostí z mnoha různých společenskovedních oborů. Prvořadou úlohou v procesu tvorby profilu arteterapeuta je jeho flexibilita, tvořivost, volnost. Arteterapii nemůže vykonávat každý, nutné je dostatečné odborné vzdělání v humanitních oborech, neboť se při terapii pracuje s psychikou klienta a při neodborném výkonu či při amatérských terapeutických počinech se může klientovi spíše ublížit než pomoci. Terapeut, který vykonává arteterapii, musí znát jak psychoterapii a další klinické obory, tak oblast věd o umění i dějiny výtvarného umění a antropologii. Měl by mít přehled v dějinách umění, v teorii umění, v estetice, v psychologii umění, ve výtvarných technikách malby, kresby a modelování, v psychologii, pedagogice či speciální pedagogice. V praxi bývají arteterapeuti často psychologové, výtvarníci, pedagogové, lékaři, zdravotní sestry, speciální pedagogové. Předpokladem pro empatický a příkladný výkon své práce jsou i specifické osobnostní předpoklady arteterapeuta. Jako každá pomáhající profese je nutné, aby tento člověk byl empatický, dokázal improvizovat a spojovat souvislosti, měl by disponovat i intuicí. Při terapii jde někdy i o proces manipulace, ve kterém musí dodržovat přísně etické normy (např. Rožnovská intervenční arteterapie). Terapeut má umět navodit pocit důvěry, dokázat

individuálně pomoci každému klientovi ve zvládnání výtvarných technik, dokázat ho povzbudit v interpretaci díla, vést rozhovor o dílu a nesmí zanedbávat klienta. Prvořadým úkolem terapeuta je snaha řešit problémy klienta. Zkušený arteterapeut navazuje na práci prací předešlého terapeuta, aby předešel případným chybám, měl by absolvovat zážitkový výcvik a pracovat pod supervizí. Pro arteterapii je podstatná absence jakéhokoliv hodnocení díla. Hlavním faktorem pro úspěšný průběh arteterapie, pro příjemnou léčbu s trvalými důsledky je vztah klienta a arteterapeuta. Pracovní vztah, který je založen na důvěře, rovnocennosti a úctě k člověku, se kterým pracujeme, snaze přijmout jeho úhel pohledu, jeho symboliku, jeho myšlenkové postupy, strukturu jeho osobnosti. Podstatnou součástí tohoto tvořivě-léčivého procesu je neposuzující, akceptující a respektující vztah terapeuta a klienta. Nutné je, aby pacient byl veden k zodpovědnosti za svou osobu, za svoje úsudky, rozhodování. Terapeut musí umět vhodně a taktně navrhnout člověku novou perspektivu, kterou dosud neviděl, má ho vést k sebeakceptaci, nikoliv k sebenegaci. L. Hofmann se domnívá, že je efektivnější, když se arteterapeut sám zapojí do arteterapie, když tvoří díla s klientem a je ochoten se sám měnit. Na takového terapeuta se klient potom nebojí obrátit s žádostí o pomoc např. s volbou výtvarného materiálu, barvy apod. Schopnost požádat o radu se hodnotí pozitivně, může motivovat k další tvorbě. A samotné vstoupení terapeuta do procesu tvoření dodává opravdový pocit rovnocennosti mezi těmito dvěma rolemi. (ŠICKOVÁ – FABRICI, J. 2005)

Ve výtvarných projevech starších osob lze pozorovat prodloužené tvary, chaotické uspořádání objektů, fragmentární styl zobrazování objektů, ornamentalizme, větší úspěchy představují kolážové techniky.

Příklady konkrétních technik pro arteterapii se seniory s demencí:

- **výzdoba místností v období Vánoc nebo Velikonoc, výroba dárků pro blízké** (pečení mazance, beránka, perníčků a jejich zdobení, aranžování květin do vázy, větviček, ozdob, výroba papírových zápichů do květináče, kraslic na zavěšení, pletení pomlázky, výroba přáníček, malba temperami, stříkaná technika pomocí štětce, ubrousková metoda, zdobení vyfoukнутých vajec namočeným krepovým papírem, vejce se zabalí do plátna napuštěného octem, nechá se uschnout a přelakuje se, obalování lepidlem natřených vajíček v koření; pečení cukroví, zdobení věnců a svícňů, zdobení stromečku, mramorování svíček, vykrajování vánočních motivů z moduritu nebo jiné hmoty, výroba magnetů na lednici, četba o vánočních zvycích, adventu, využití při reminiscenci, zpívání koled

- **Výtvarné techniky:**

- **malování velkých ploch** – například sněhuláka či vánočního stromu z kartonu na zeď
- **malování na porcelán** – každý si může libovolně označit svůj hrnek, ze kterého bude v zařízení pít
- **malování na květináče** – senioři s pokročilou demencí mohou pomalovat celý květináč jednou barvou, dobarvit může klient, který má zachované schopnosti
- **ubrousková technika na různé povrchy** – z ubrousku se vystřihne motiv, speciální lepidlo se nanese na povrch, vystřižený motiv se přitlačí a přetře lepidlem, po zaschnutí se přestříká povrch bezbarvým lakem
- **malování vodovými barvami** – za pomoci šablony se obkreslí tvar ryby nebo motýla, vystřihne a klienti ho vybarví, dva obrázky lze přišít k sobě a vycpat novinami, vznikne závěsná dekorace
- **malování na hedvábí** – šátky, šály, je zapotřebí rám k upevnění hedvábí, připínáčky, rozprašovač, efektová sůl, kontury na hedvábí, hedvábí, fén, barvy na hedvábí, z technik je možné použít akvarelovou techniku, kdy se barvy rozpíjí na jednotně namalovaném navlhčeném hedvábí, vyfouká se fénem a malují se motivy konturou nebo různé skvrny dalšími barvami, při crash technice se hedvábí potře ředidlem, rozprostře na fólii, nařasí a nanáší se různé barvy, vzniknou plynulé přechody barev, při technice se solí se navlhčené hedvábí různě pomaluje, na pár míst se nanese efektová sůl, zvlhčovat můžeme barvu rozprašovačem, sůl se odstraní po zaschnutí; barvu je vždy nutné při všech technikách zafixovat žehličkou z rubové strany
- **malování na textil nebo na papír pomocí otisků** – bramborová razítka je možné otiskovat na látku nebo na papír, brambora se rozřízne na půlku, vykrajovátkem se vyřízne tvar, tvar je vystouplejší jako na razítku, plocha se natře barvou a otiskuje, lze otiskovat listy, natřít barvou žilnatou stranu nebo dlaně
- **zapouštění barev do klovatiny** – papír se potře tenkou vrstvou klovatiny, štětcem vytváříme různé barevné skvrny
- **vyškrabované obrázky** – povrch čtvrtky se pomaluje voskovkami, v další fázi se obrázek pokryje vrstvou černé tuše a nechá zaschnout, poté klienti vyškrabují pomocí nožíku libovolný obrázek, vyškrabané plochy budou mít barvu podkladu, zbytek zůstane černý

- **kaňky** – na polovinu přehnutého papíru udělají klienti kaňky temperami, do kaňky se položí provázek, nabarvená část se překryje druhou, jedna ruka přidržuje čtvrtku a druhá tahá za provázek, který vytvoří zajímavý barevný efekt
- **Textilní techniky:**
 - **výroba polštářů** – šití potahu je činností terapeuta, klienti se zapojují při vycpávání polštáře, stříhají různé odstřižky a zbytky molitanu na malinké kousky, stereotypní činnost starší lidé přijímají pozitivně
 - **textilní koláž** – vystřihování motivů, které jsou na látce nebo vytřihování vlastních motivů z látky a lepení látky na papír do určité kompozice
 - **batikování** – vyvazovaná batika, vosková batika, sypaná batika
 - **frotáž na textil** – předmět s reliéfem překryjeme látkou, kterou chceme ozdobit, na houbičku nanese barvu a potíráme s ní povrch látky, barva se zachytí jen na vyvýšených místech a vznikne reliéf
- **Práce s papírem:**
 - **vystřihování** – po obvodu přeloženého papíru klienti mohou vystřihovat různé tvary, vzniknou efektní ozdoby
 - **papírové koláže** – z časopisů je možné vytrhávat barevné plochy a fotografie, z těch zase vytrhávat části určité barvy, barevné části trhat na ještě menší části a nakonec z kousků sestavit nový konkrétní obrázek
 - **ruční papír** – je potřeba natrhat na malé kousky větší množství novinového papíru, kousky se namočí do vody a nechají odležet, do mixéru se dá hrst namočených novin, dolije se vodou, přidá se namočený krepový papír a vše se rozmixuje, směs se nalije na rám se sítkou, na něj se položí rám bez sítky, rozprostře se po ploše síta, papír je možné posypat kořením nebo vyliisovanými květinami, odstraní se horní rám, na směs se položí novinový papír, stiskneme, překlopíme, odstraníme vodu a necháme na pdokladovém papíru uschnout, na závěr vyliisujeme; touto technikou je možné vyrobit papírovou misku, plastovou misku vyložíme igelitem, upravíme do ní papírovou hmotu a necháme vyschnout, barevně můžeme dozdobit a nalakovat
- **Práce s přírodními materiály:**
 - **aranžování živých květin** do aranžovací hmoty, **aranžování suchých květin** s pomocí lepicí pistole, aranžovací hmota by měla být zcela zakryta

- **koláže z listů a lisovaných květin** – ze spadných listů na podzim lze vytvořit nástěnný strom, listy připevnit lepicí páskou, z květin lze vytvářet nástěnné obrázky, vytvářet různé kompozice, zarámovat je, přáníčka, záložky atp. (Holmerová a kol., 2002, s. 212 – 223)

4.10 Zooterapie

Zooterapie je metoda ucelené rehabilitace za podpory a přítomnosti zvířat, která se neustále rozvíjí a uplatňuje v oblasti péče o klienty v různých institucích (domovech pro seniory, léčebnách dlouhodobě nemocných, nemocnicích, dětských domovech, speciálních školách i v nápravných zařízeních).

Mezi člověkem a zvířetem chovaným doma existoval vždy vztah, toto pouto je ještě výraznější, pokud hovoříme o člověku s demencí. Terapeutický vliv zvířat na zdravotní stav člověka nelze popřít, mnohé ze studií prokázaly snížené hladiny krevních tuků u majitelů psů a koček oproti lidem bez zvířecích přátel. Přítomnost zvířat působí pozitivně jak na fyzický, tak na psychický stav člověka. Při hlazení zvířete klesá krevní tlak, zklidňuje se tep a dochází k celkovému uvolnění, v některých případech mohou zvířata snižovat úzkost, depresi i poruchy spánku. Institucionální prostředí, kde se vyskytuje zvíře, působí domáckým dojmem a usnadňuje komunikaci mezi člověkem s demencí a zvířetem, ale i mezi klienty navzájem. Při péči o pacienty v terminální fázi onemocnění, kdy je pacient převážně upoután na lůžko, je zvíře vhodným společníkem. Pokud lze chovat zvíře v zařízení, působí terapeuticky i na personál a preventivně i proti syndromu vyhoření. Personál je přirozenější, uvolněnější a autentičtější v komunikaci.

Existují dva způsoby provádění léčebných programů se zvířaty. Prvním je chování zvířete přímo v zařízení a péče o něj nebo pravidelné docházení dobrovolníka – majitele zvířete do zařízení. Nejčastěji je využíváno podpůrně léčebného kontaktu psa s člověkem – canisterapie. Lze se obrátit na Českou canisterapeutickou společnost nebo Spolek Pessos, kteří zajišťují návštěvy v institucích. Chování zvířete přímo v zařízení umožňuje častější kontakt, mnozí senioři mají v oblibě kočky pro jejich příjemnou srst a nenáročnost na péči. Kočka vhodná pro felinoterapii by měla být již dospělá, klidnější povahy a mazlivá, vyšetřena veterinářem, očkovaná, s hygienickými návyky. Dalšími vhodnými zvířaty mohou být králík, křeček, želva, andulka nebo akvarijní rybky. (Holmerová a kol., 2007, s. 230)

Zooterapie v zařízeních péče o seniory umožňuje klientům naplnit jejich neuspokojené potřeby náklonnosti, blízkosti, důvěry a radosti. Velkým pomocníkem bývají zvířata při procesu adaptace v novém zařízení, mají vliv na vyrovnávání se s osamělostí, dokážou člověka vytrhnout z nostalgie a deprese, povzbuzují k reakci, pohybu, komunikaci a v neposlední řadě nahrazují nedostatek fyzického kontaktu. Zvíře přináší klientům psychologickou a duševní pomoc, stává se důvěrníkem, motivací k učení, k sociálnímu kontaktu, poskytuje absolutní přijetí bez ohledu na stanovenou diagnózu. Zooterapie dokáže pomoci v oblasti jemné motoriky, kdy dochází k procvičování obratnosti, hybnosti a úchopové funkce ruky. V zanedbané hmatové stimulaci umožňuje prožitek slasti, pomazlení, vzájemné přitulení bez pocitu studu, nevhodnosti a trapnosti, bez nutnosti doprošovat se a cokoli vysvětlovat. Zvířata pro zooterapii jsou vybírána podle druhu i povahy jedince, musí to být zvíře, jemuž je kontakt s člověkem příjemný. V některých zařízeních chovají pro terapeutické účely poníky, kozy nebo ovce. Tato terapie přispívá ke zlepšení citových, rozumových a pohybových schopností lidí, zlepšuje psychickou pohodu a zvyšuje schopnost soustředění. Zvíře může rovněž různým způsobem pomoci člověku překonávat bariéry a ukazovat mu život i z jiné stránky.

Zooterapii lze rozdělit následovně:

- činnost za účasti zvířat-**AAA (Animal Assisted Activities)**
- terapii pomocí zvířat- **AAT (Animal Assisted Therapy)**

AAA - zvířaty asistované aktivity mají kladný vliv v oblasti motivace, výchovy, rekreace (odpočinku) nebo terapeutický účinek (zlepšení kvality života klienta). Zvířata pracují v různých prostředích za asistence speciálně vyškolených odborníků nebo dobrovolníků. Výsledkem takového kontaktu klienta se zvířetem je klientova spokojenost, radost a štěstí.

AAT - zvířaty asistovaná terapie, při které je zvíře nedílnou součástí terapeutického procesu. Tato terapie podporuje fyzické, sociální, emocionální a kognitivní funkce, může být skupinová nebo individuální.

Zvířata využívaná pro zooterapii jsou schopna ovlivňovat všechny psychomotorické vývojové oblasti člověka, tj. oblast emočně sociální (adaptivní chování, sociální chování, vztahy, emocionální stabilita), oblast kognitivní (vnímání polohy těla, zvuku, hmat, porozumění), oblast tělesnou (jemná a hrubá motorika, koordinace oko-ruka), oblast řečovou (orofaciální stimulace, aktivní řeč, rozvoj slovní zásoby). (Zooterapie [online])

4.11 Psychomotorika a další pohybové programy

Pro staršího člověka je pohyb stejně důležitý jako pro mladšího, ne-li důležitější. Senioři, kteří pravidelně cvičí, jsou zdravější a cítí se fyzicky i psychicky lépe než ti, kteří necvičí. Mohou se snadněji pohybovat a jsou spokojeni, že zvládají různé činnosti, což zároveň zvyšuje jejich sebevědomí a pocit uspokojení. Cvičení by měli starší lidé zařadit do svého každodenního programu, byť by se jednalo pouze o procházku nebo zvelebování zahrádky. V institucích probíhají většinou pravidelná kondiční cvičení nebo soutěživé hry vhodné pro seniory jako je pétanque nebo šipky. Pokud se někdo obává zapojit, personál klienty nenutí, ale povzbudí je slovy, že se vedle bude odehrávat ta a ta činnost, jestli se nechtějí přijít podívat. Většinou nikdo nechce zůstat sedět sám mimo hlavní dění. Je vhodné klienty ujistit, že si utuží zdraví, pobaví se a pomalé cviky prováděné v sedu na židlích nebo v křeslech zvládnou. Sleduje se tonus svalů a ohebnost. Rozsah cvičebního programu by měl trvat min. 20 – max. 60 minut, nejlépe hodinu po jídle nebo před jídlem. Místnost by měla být vyvětraná. Pracovník předvádí jednotlivé cviky a pohyby, doprovází je pokyny, přestože se senioři s demencí řídí spíše nápodobou než jednotlivými pokyny. Důležité je také uspořádání židlí do kruhu, aby všichni dobře viděli. Začíná se rozechřívacími cviky a postupuje se od hlavy, trupu, přes ruce až k nohám. Pro udržení programu zajímavého a stále atraktivního je třeba prvky obměňovat, používat různé pomůcky jako overbally, therabandy, šátky, míče, činky o váze 0,5 kg. Míčem se doporučuje neházet přímo, ale o zem, aby se jeho rychlost zpomalila. Jednotlivé cviky je vhodné opakovat 4-6 x. Je dobré se vyhýbat cvikům, které vyžadují koordinaci rukou i nohou zároveň, což by mohlo starším lidem činit potíže. Vyhýbat by se senioři měli prudkým pohybům, záklonům hlavy, houpání a krouživým pohybům. Hlavou je možné pohybovat pomalu jen ze strany na stranu. Opravovat je možné pouze v případě, že by si klient mohl ublížit. Při cvičení lze využívat symbolických představ jako míchání těsta, hnětení těsta, praní, ždímání, věšení prádla, štípání dříví, veslování, plavání, motání vlny, hra na klavír atd.

Z metod využívaných při cvičení se seniory hovoří Rheinwaldová (1999) o geriatrické kalistenice. Tyto speciální cviky stimulují nervy, vedou k relaxaci, koordinaci, zvýšení svalové činnosti, ovlivňují oběhový i dýchací systém. Na závěr probíhá diskuse o tom, jak se kdo cítí. Podstatou je soustředění se na každý pohyb, dotýkání se jednotlivých částí těla, masírování, poplácávání, napínání a uvolňování svalů. (Rheinwaldová, 1999, s. 76)

Součástí by měla být i dechová cvičení, volné a pravidelné dýchání, nadechovat nosem, vydechovat ústy. Můžeme cvičit břišní – brániční dech, horní hrudní – podklíčkový a dolní hrudní dýchání, vždy pokládáme dlaň na oblast, do které dýcháme.

Pohyb podněcuje aktivitu, má schopnost zvýšit sebeúctu, snížit úzkost, depresi a odolnost vůči stresu, zátěži, euforizuje jedince, zlepšuje jeho mentální funkce, nutí člověka komunikovat a reagovat na okolí, zlepšuje spánek. Spojuje tak vnitřní a vnější svět jedince. Psychický stav člověka ovlivňuje pozitivně v daný okamžik i v dlouhodobém horizontu. Pohybová aktivita ve vyšším věku obecně prodlužuje nezávislost na pomoci druhé osoby, pravidelné cvičení pak dokáže zpomalit proces stárnutí. Pohyb hraje velkou roli i v prevenci srdečních chorob, vysokého krevního tlaku, ale zejména v prevenci onemocnění pohybového aparátu a s ním spojenou osteoporózou, která často doprovází stáří. Nedostatek pohybu vede k svalové atrofii, úbytku síly a duševní únavě. Skrze pohyb se aktivuje i psychika a zlepšuje se celková kondice člověka. U lidí s demencí je třeba cvičení přizpůsobit, v důsledku dezintegrovánosti nejsou příliš schopni vnímat signály z těla, pocity bolesti, lokalizovat dýchání jako při cvičení jógy, proto jsou lepší dynamická, lehce napodobitelná cvičení. Někteří lidé s demencí trpí apraxií, zhoršením hrubé i jemné motoriky, případné chyby neopravujeme, i když nás to k tomu svádí, narušilo by to koncentraci ostatních a mohlo by to vyvolat pocit neúspěchu a od dalšího cvičení odradit. Opravujeme pouze nebezpečné pohyby nebo upozorníme na střídání stran či končetin, aby nedošlo k přetížení jedné strany. Kardiaci by neměli cvičit cviky na výdrž proti déletrvajcímu odporu, ani zvedat paže do výdrže. Měli bychom znát zdravotní stav jednotlivých cvičících a vyhnout se některým pohybům, které jsou kontradikovány. Mezi hlavní zásady, které je nutné brát v úvahu při cvičení se seniory, patří respekt k osobnosti, podpora sebeúcty, přizpůsobení programu možnostem jedinců, musí být snadno pochopitelný s předpokladem úspěšnosti. Prvky by měly být stabilní, bezpečné, zábavné a umožňovat občasnou obměnu.

V denním stacionáři Gerontocentra jsem pozorovala, že kondiční cvičení začíná společným „zakotvením“ účastníků v přítomnosti. Pracovnice se nejprve ptala klientů na datum, co je za den v týdnu, zmínila, kdo má svátek a zároveň, jestli se toho dne událo něco významného nebo se blíží nějaká významnější událost. Lekce začala zaujmutím správné polohy na židli nebo v křesle, vyrovnaním páteře a pravidelným klidným dýcháním, postupným uvolňováním od hlavy, přes ramena, paže až k trupu. Postupně se zvyšovala zátěž, nejprve se procvičovalo celé tělo bez použití pomůcek a poté terapeutka přinesla plavecké „nudle“, které zde našly široké využití jako cvičební pomůcka. Klienti

nudle různě ohýbali podle pokynů terapeutky, poté je posílali po kruhu ve směru hodinových ručiček, dotýkali se s nimi stropu atp. Na závěr se všichni klienti protáhli a zklidnili dýchání, terapeutka poděkovala za vydařené cvičení, pochválila účastníky, pak následovalo malé občerstvení a návazně hned kognitivní trénink.

Příklady vhodných cviků pro seniory s demencí:

- na zlepšení krevního oběhu
- posilovací
- protahovací
- rovnovážné
- cviky pro udržení nebo zlepšení pohyblivosti kloubů
- pro rozvoj jemné motoriky
- pro správné držení těla

Kromě cvičení na židlích a s různými pomůckami (míčky, plachtou, thera-bandy...) lze za komplexní pohyb považovat procházky, které představují přirozený pohyb v přirozeném prostředí a navozují vnitřní klid. Stejně tak práci na zahradě lze považovat za komplexní pohyb na čerstvém vzduchu – hrabání listí, pletí záhonu, stříhání větví. Jen je třeba dávat pozor na bezpečnost náradí a jednostrannou zátěž odstranit kompenzačním cvičením. V neposlední řadě je další oblíbenou aktivitou seniorů **taneční terapie**, kterou v denním stacionáři Gerontocentra zajišťuje bývalý taneční mistr a probíhá ve společenské místnosti v sedu na židlích.

4.12 Mezigenerační program

Spočívá ve spolupráci zařízení s mateřskou školou nebo základní školou, v jehož rámci může být senior v kontaktu s jedním dítětem nebo skupinou dětí a dochází ke vzájemnému obohacování. U nás do některých institucí přicházejí děti z mateřských nebo základních škol při příležitosti svátků, např. Vánoc, zazpívat nebo zarecitovat básně, ale tím veškerá vzájemná spolupráce končí. Špatenková a Bolomská (2011) uvádějí několik příkladů úzké spolupráce škol a institucí pro seniory, jak se mohou realizovat nejrůznější prakticky orientované projekty pro žáky za využití příspěvků seniorů. Např. nastudování divadelních her založených na vzpomínkách seniorů, namalování obrazů podle vzpomínek starých lidí či natočení filmu o nich nebo s nimi. Žáci by měli mít možnost účastnit se zahradních slavností pořádaných domovy pro seniory, plesů, výstav uměleckých prací

nebo dobových předmětů, kde lze přirozeně navázat dialog. Na Univerzitě třetího věku Univerzity Palackého v Olomouci probíhá výuka formou mezigeneračního dialogu, kdy studenti denního studia navštěvují společně se studenty univerzity třetího věku program založený na předávání zkušeností mladším ročníkům. Pamětníci se uplatňují zejména v historických oborech, antropologii, psychologii a sociologii rodiny atp. (2011, s. 39-40)

4.13 Snoezelen

S principy multisenzorické stimulace jsem se osobně poprvé setkala v roce 2008 při práci v psychiatrické nemocnici v Anglii na oddělení High Dependency Unit, kde byla využívána pro pacienty s těžkým mentálním postižením a autismem ke zklidnění a uvolnění, méně již pro pacienty s duševním onemocněním.

První zmínky o Snoezelenu lze vysledovat na začátku 70. let 20. století, kdy se smyslovými podněty zabývali američtí psychologové Cleland a Clark. Na jejich způsob práce navázali Nizozemci Ad Verheul a Jan Hulsege, kteří začali zkoušet nové přístupy u lidí s těžkým mentálním a kombinovaným postižením. Vytvořili speciální pokoje, kde využívali smyslové percepce a podnětů při práci s klienty. Záměrem bylo nalezení možného způsobu komunikace mezi jedinci intaktními a s postižením. Ad Verheul založil Centrum Snoezelen se speciální místností, která umožňovala rozvíjet základní smysly.

Principy Snoezelenu

Prostředí místnosti by mělo navozovat pocit bezpečí a důvěry a zároveň nabízet co nejširší spektrum smyslových podnětů, kterých nemusí být extrémně moc, ale smyslové zážitky by měly být hluboce prožité. K tomu slouží hudba, světelná stimulace, matrace, různé čichové, hmatové, zrakové stimuly a jiné doplňky zajišťující pohodlí. Snoezelen v sobě spojuje princip dynamiky a relaxace. Cílem je umožnění celkového uvolnění klienta, orientace na klienta, holistický přístup a vytvoření vzájemného mezilidského vztahu díky společným prožitkům. Mezi klientem a doprovázející osobou by měl panovat vztah vzájemné důvěry, respektu a tolerance. Podněty a činnosti by si měl klient volit dle svých potřeb, nemělo by dojít ke smyslovému přetížení. Respektujeme klienta, nevytváříme žádný tlak ani očekávání.

Přestože byly tyto místnosti zamýšlené pro práci s lidmi s mentálním postižením, může je využívat každý bez ohledu na věk či případné postižení. U nás je v praxi využívají některá pracoviště věnující se dětem s mentálním a kombinovaným postižením, některé

z léčeben pro dlouhodobě nemocné, rehabilitační stacionáře a asi dva domovy pro seniory v celé ČR.¹⁹

Snoezelen představuje místnost se specificky vytvořeným prostředím, která umožňuje prožít osobní zkušenosti pomocí senzorické stimulace a relaxace. Původním záměrem bylo smysluplné využití volného času lidí s hlubším mentálním či kombinovaným postižením, zaměření na stimulaci a rozvoj smyslových receptorů skrze své vlastní prožitky a zkušenosti.

V dnešní době se již praxe Snoezelenu využívá jak u dětí s postižením, tak u intaktních dětí, dospělých a dostává se i do geriatrické oblasti. Snoezelen slouží primárně k relaxaci, zklidnění, k rozvoji verbální i neverbální komunikace, ke stimulaci smyslů, k odbourávání rizikových projevů chování jedince, posílení schopnosti adaptace, socializace, zlepšení pozornosti, nesoustředěnosti, k odbourávání impulzivity, k podpoře kognitivní a emocionální složky osobnosti, přináší nové zážitky a zkušenosti.

Snoezelen v multismyslové místnosti [online]

¹⁹ Dle osobního sdělení Mgr. Jitky Suché z pražského Gerontocentra

5 ŠETŘENÍ A HODNOCENÍ AKTIVIZACE KLIENTA S AN

Problém a východisko šetření

Součástí péče o osoby s demencí v ústavních zařízeních pobytového typu, stejně jako v denních stacionářích, je široká nabídka aktivizačních činností. V některých organizacích existuje dobře zavedený systém sociální pomoci, kterou poskytuje tým sociálních pracovníků v úzké spolupráci s dalšími odborníky z oblastí medicíny, ošetrovatelství, psychologie, psychoterapie, pedagogiky, speciální pedagogiky, fyzioterapie a ergoterapie, nutriční terapie aj., ať již se jedná o zařízení zdravotnická nebo zařízení sociálních služeb.

V denních stacionářích se užívá pro lepší orientaci vyvěšeného harmonogramu aktivit a kalendáře, vytváření seznamů nebo popisků s jednoduchými úkoly, o kterých víme, že klienti zvládnou. Věci bývají jmenovitě označené nebo pomocí obrázků, viditelné by mělo být i označení toalet, které musí být snadno přístupné z hlavní místnosti. Klienti by měli mít možnost prožívat sociální kontakty a přiměřenou stimulaci přicházející zvenčí. Většinou mívají dobře zachovány některé navyklé stereotypy, které lze využít při programech, např. pletí záhonů, pletení a jiné ruční práce, loupání jablek, tanec, zpěv atp. V této souvislosti si vzpomínám na jednoho klienta, který dříve zpíval ve sboru, ve stacionáři tak udával tempo a dokázal svým projevem a nadšením strhnout i další klienty ke zpěvu, včetně pracovníků. Další klientka objevila radost z práce s hlínou a modelínou, tvarovala různé figurky z těchto materiálů a pojmenovávala je. (foto viz **příloha č. 8**) Někteří klienti se z počátku tvořivým aktivitám vyhýbali, sledovali své kolegy jen z povzdálí, ale pokud se později odvážili zapojit, nešlo přehlédnout jejich zaujetí a uspokojení z tvorby.

Při komunikaci s klienty dopomáháme správným nalézáním slov, opatrnost je třeba klást na rychlé napovídání, což může vést k frustraci. Mluvíme pozitivně, pomalu, klidně a díváme se na klienta zpříma, dáváme mu dostatek času k vyjádření myšlenky. Klademe jednoduché otázky, neskáčeme do řeči, oceňujeme snahu klienta.

Každé zařízení má zavedený svůj systém a strukturu dne, kdy hraje roli určitá pravidelnost v činnostech jako je stravování, aktivita a následný odpočinek. V programu by neměl chybět pravidelný pohyb, rehabilitační cvičení, ale i procházky. Společné aktivity umožňují vzájemnou komunikaci, například při vzpomínání na události a významné dny u slavnostně prostřeného stolu nebo při oslavě narozenin klientů. Smysly podporujeme

hudbou, uměním, vzpomínáme u fotografií, lze společně zpívat písničky, což bývá oblíbenou aktivitou mnohých z klientů. Při přípravě nebo podávání jídla je třeba věnovat čas úpravě prostředí, vhodná úprava může napomoci zvýšit chuť k jídlu. Stravování vyžaduje většinou velký časový prostor, někdy klienti ve středním stádiu demence preferují jíst rukama, proto je nutné jim to umožnit a podávat, pokud je to možné, pokrmy, které lze takto konzumovat. Režim a harmonogram dne podporuje přirozený rytmus denních aktivit a přiměřenou aktivizací lze předcházet případným poruchám spánku.

Zvolené aktivity by měly odpovídat stavu nemocného a měly by vhodně ovlivňovat psychickou i fyzickou stránku, psychosociální kontakty a uspokojovat senzorické funkce. Vždy by měly podporovat silné stránky člověka, neupozorňovat na slabé, prostředí musí být člověku s demencí důvěrně známé a měl by se v něm dobře orientovat. Musíme pamatovat na to, že přiměřená fyzická aktivita stimuluje i psychiku. (Pidrman, 2007, s. 94)

Nejvíce těží z těchto intervencí klienti s lehkým až středně těžkým stupněm demence, kdy není ještě narušen kontakt s okolím, soudnost ani jednoduché paměťové funkce a klienti jsou víceméně schopni udržet pozornost a spolupracovat. Aktivizaci u středních a těžších forem demencí usilujeme o udržení dosud zachovaných schopností nebo o jejich zlepšení. Nesmíme vyvíjet na klienta nátlak, ale podávat činnosti zábavnou formou, např. hrajeme různé hry (karty, šachy), můžeme společně číst články a následně je reprodukovat. Využít lze i zachovaných dovedností při přípravě jídla, trénujeme způsoby komunikace, paměť, orientaci v čase i prostoru. Existuje řada pomůcek, kterými se můžeme inspirovat nebo jejich repertoár rozšířit dle vlastní fantazie. V praxi je využívána Sada pro kognitivní trénink I. a II.²⁰, kterou vydala ČALS ve spolupráci s firmou Lündbeck. Obsahem této sady je řada různých složitých pomůcek vhodných k aktivizaci lidí podle jednotlivých stádií demence. Obsahuje skládačky různých stupňů obtížnosti, které podporují rozpoznávání, představivost, prostorové myšlení, jemnou motoriku, koncentraci apod., dále pexeso, které podporuje krátkodobou paměť, logické myšlení, koncentraci i jemnou motoriku, obrázky ke hledání souvislostí, přiřazování, součástí je i domino. Dále sada zahrnuje jazykové hrátky, cvičení na logiku, testy a jednoduché početní příklady. Představuje i některé z technik pro usnadnění zapamatování informací. (foto z kognitivní rehabilitace viz **příloha č. 9**)

²⁰ Sadu lze objednat přes internetové stránky ČALS na adrese <http://www.alzheimer.cz/obchod/sada-pro-kognitivni-trenink-ii/>

5.1 Cíl šetření

Cílem teoretické části práce bylo vymezit problematiku onemocnění demencí ve stáří, včetně souvisejících probíhajících neurobiologických změn, diagnostiky a následně popsat možnosti využití aktivizačních přístupů nejčastěji používaných při práci se seniory s demencí. Cílem následujícího šetření je zjistit frekvenci, účinnost, možnosti a limity různých forem aktivizace řízenými rozhovory s pracovníky a pozorováním klientů při aktivizaci v praxi s následným porovnáním metod a přístupů pečujících v jednotlivých zařízeních. Součástí šetření je uvedení příkladů dobré praxe, porovnání přístupů zdravotníků a pracovníků pracujících v sociálních službách k lidem s AN.

5.2 Metody a metodika

V této kapitole zdůvodňuji strategii, kterou jsem zvolila ke zkoumání a charakterizují jednotlivá zařízení a výběr zkoumaného vzorku. Vzhledem k povaze výzkumného problému a dle cíle výzkumného šetření jsem pro empirickou část práce zvolila **metodu kvalitativního výzkumu**, který umožňuje zkoumání dat do větší hloubky u menšího počtu respondentů. Zaměřila jsem se tedy na menší počet zařízení, kde jsem provedla šetření. K dosažení cíle jsem použila metod **studia odborné dokumentace**, **pilotních rozhovorů** a **pozorování** institucionálního prostředí, **analýzu programu denních činností** uvedených institucí a sběr dat formou **řízených rozhovorů** s odborníky v praxi. Závěrečná část je věnována analýze získaných dat s vyústěním v závěry a doporučení pro praxi, které vyplývají z šetření.

Šetření jsem realizovala v období od ledna do dubna roku 2016, k výběru vzorku jsem využila metodu **záměrného (účelového) výběru přes instituce** (Miovský, 2006, s. 138), kdy jsem cíleně vybírala informátory ze zařízení, kde probíhá nebo by měla podle předpokladů probíhat aktivizace seniorů s demencí. Oslovila jsem nejprve písemně a poté i telefonicky vedoucí představitele zařízení, které jsem požádala o možnost osobní schůzky či stáže v zařízení s následným provedením rozhovorů s pracovníky, kteří se věnují přímé péči o seniory s demencí. Zařízení jsem vybírala tak, aby byly zastoupeny všechny formy institucionální péče určené pacientům či klientům s demencí, tzn. zdravotnická i sociální zařízení. Všichni oslovení souhlasili s provedením šetření, pouze v případě dvou zdravotnických zařízení nedošlo k realizaci rozhovorů. V prvním případě z důvodu neprovádění aktivizace seniorů s demencí na oddělení LDN zdravotně sociálními

pracovníky, kdy jsem byla odkázána na dobrovolnické centrum dané instituce, ale nedočkala se žádné odpovědi. Ve druhém případě jsem se setkala s ochotným přístupem, ale z důvodu administrativního zdlouhavého vyřizování mé žádosti k následné realizaci rozhovorů z časových důvodů nedošlo. Miovský (2006) za základní metody získávání kvalitativních dat, které jsou nejčastěji v praxi kvalitativního přístupu využívány, považuje interview, pozorování a ohniskové skupiny. (2006, s. 142) Pro získání představy o aplikaci technik a upřesnění informací získaných z rozhovorů jsem využila **otevřeného zúčastněného pozorování**, kdy jsem se pohybovala přímo na pracovištích a stala se přímým účastníkem situací a jevů, které jsem pozorovala, současně účastníci (pracovníci daných institucí) věděli, že provádím šetření a za jakým účelem. Za výhodu otevřeného zúčastněného pozorování lze považovat jeho etickou korektnost, tzn., že role a pozice výzkumníka je jasně ohraničená, nemusíme nic skrývat či klamat účastníky jako v případě skrytého zúčastněného pozorování. Za sebe mohu potvrdit, že fakt, že respondenti věděli o účelu šetření, způsobil jejich větší otevřenost, snahu o přesnější popis a vyjádření souvislostí, včetně některých detailů. Přímé pozorování dává možnost vystihnout i vnímání atmosféry. (Mioviský, 2006, s. 154) Rozhovory jsem prováděla s jednotlivými pracovníky po předchozí domluvě většinou v soukromí kanceláře přímo na jejich pracovišti po skončení programových aktivit či před skončením pracovní doby, kdy pro rozhovor měli více času. Jednotlivá interview se časově lišila, vždy ale dosahovala časového rozmezí 30-60 minut. V jednom případě probíhalo interview po vzájemné dohodě v provizorních podmínkách během konajících se staročeských trhů na Pražském hradě, prostředí bylo rušnější, chladnější, v pozadí hrála hudba, ale díky souhlasu s pořízením zvukového záznamu z rozhovorů jsem poté mohla využít doslovné transkripce a potřebné pasáže zesílit nebo naopak ztlumit. Pouze v jednom zdravotnickém zařízení mi nebyl dán souhlas s nahráváním, ale mohla jsem se přímo zúčastnit programu a provést rozhovor s ergoterapeutkou během aktivizačních činností a dělat si průběžně písemné poznámky. Jak uvádí Mioviský: „bez kvalitního pozorování nelze provádět kvalitní interview.“ (Mioviský, 2006, s. 156) Původně jsem plánovala získat odpovědi od 10 – 12 respondentů a oslovit ještě pracovníky z NÚDZ v Klecanech a FNKV. Na prvním jmenovaném pracovišti se mi nepodařilo zrealizovat osobní setkání, proběhl pouze telefonický a e-mailový kontakt s odpovědí, že až bude možné šetření provést a schválí ho vedení, ozvou se mi. Očekávaná odpověď s termínem až do této chvíle nepřišla. Rozhodla jsem se uskutečnit osobní návštěvu ve FNKV bez předchozí domluvy, jelikož nebylo možné se na zdravotně sociální oddělení dovolat, bylo mi sděleno, že z důvodu časového vytížení mi nikdo z pracovníků

nebude schopen věnovat čas na rozhovor, abych zaslala otázky e-mailem, což jsem učinila a následně se dozvěděla, že aktivizaci pacientů s demencí se nikdo z dotazovaného oddělení nevěnuje. Obrátila jsem se na doporučené oddělení dobrovolnické služby, kde by se údajně měli věnovat aktivizaci, ale nikdo na můj dotaz e-mailem nereagoval. Celkem se mi podařilo získat odpovědi od 8 respondentů.

V tabulce následující kapitoly uvádím přehled respondentů, kteří mi poskytli odpovědi na otázky týkající se aktivizace a současně umožnili prohlídku zařízení, včetně pořízení fotodokumentace. Pro hloubkové interview jsem použila metodu **polostrukturovaného rozhovoru** s předem připravenými otevřenými otázkami, jejichž znění uvádím v **příloze č. 10**. V případě potřeby upřesnění nebo doplnění informací jsem kladla doplňující otázky vztahující se k cílům šetření. Jedna z respondentek upřednostnila volné vyprávění a zároveň se snažila na závěr zodpovědět i otázky. Ve třech zařízeních bylo možné přímo pozorovat a účastnit se aktivizačních činností – většinou skupinové práce se seniory ve všech stádiích demence, všechna zařízení jsem si mohla prohlédnout, včetně vybavení, prostor a pomůcek používaných k aktivizaci a zároveň pořídit obrazovou dokumentaci. Mohla jsem si i pohovořit s některými klienty. Pozorování mi umožnilo vytvořit si komplexní představu o práci s klienty s demencí a o využití různých metod a přístupů v další praxi.

5.2.1 Charakteristika zařízení a výzkumného vzorku

Šetření probíhalo ve čtyřech zařízeních, z nichž jedno je samostatnou jednotkou a registrováno jako lůžkové zdravotnické zařízení, jedná se o lůžkovou část pražského Gerontocentra. Ve vybraných zařízeních jsem uskutečnila rozhovory s pracovníky, kteří se věnují přímé práci s klienty/pacienty s demencí, případně pouze aktivizačním činnostem. Dalším kritériem výběru zkoumaného vzorku byla ochota ke spolupráci. V Gerontocentru jsem navštívila denní stacionář i lůžkové oddělení a uskutečnila zde rozhovory se třemi pracovníci v přímé péči. Další ze zařízení zahrnutých do šetření bylo oddělení zdravotně sociální péče v PN Bohnice, kde jsem uskutečnila rozhovor s jednou pracovnící, domov se zvláštním režimem v ÚVN, kde byly ochotny odpovídat dvě pracovnice, které mají na starost skupinové aktivity a z Alzheimercentra v Průhonicích jsem oslovila během konference na téma Specifika péče o klienty s demencí dvě aktivizační pracovnice, se kterými jsem se později setkala za účelem provedení rozhovoru na nádvoří Pražského hradu.

Tab. 4: Charakteristika respondentů:

Respondent	Délka praxe v oboru	Délka praxe v přímé práci s klienty s demencí	Zařízení	Profesní zařazení
R1	19 let	19 let	Gerontocentrum – denní stacionář	Ergoterapeut
R2	12 let	7 let	Gerontocentrum – denní stacionář	Vedoucí denního stacionáře/Sociální pracovník
R3	46 let	15-16 let (30 let v geriatrii)	Gerontocentrum – lůžkové oddělení	Vedoucí lůžkového oddělení/Fyzioterapeut
R4	5 let	5 let	PN Bohnice – oddělení zdravotně sociální péče	Ergoterapeut
R5	20 let	10-12 let	ÚVN – domov se zvláštním režimem	Všeobecná zdravotní sestra/aktivizační pracovník
R6	15 let	15 let	ÚVN – domov se zvláštním režimem	Zdravotně sociální pracovník
R7	3 roky	3 roky	Alzheimercentrum Průhonice	Ergoterapeut
R8	2 roky	2 roky	Alzheimercentrum Průhonice	Ergoterapeut

Zdroj: vlastní šetření

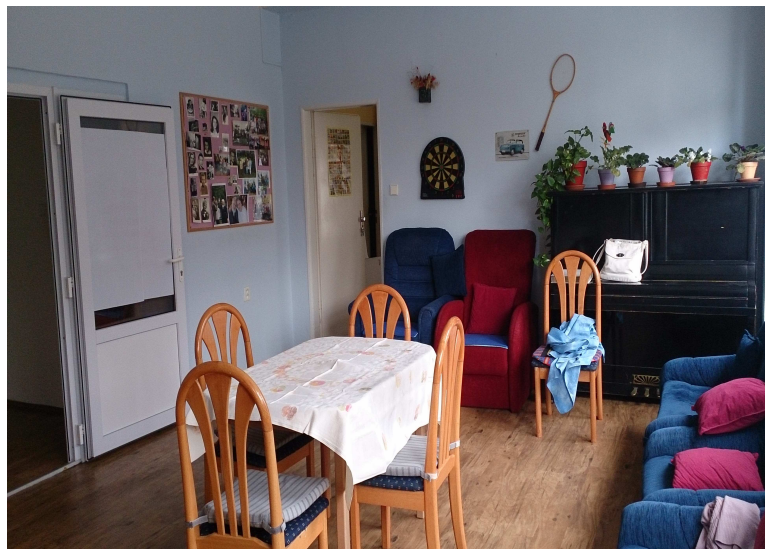
5.2.1.1 Gerontocentrum

Gerontologické centrum je zdravotnické zařízení určené pro pacienty v seniorském věku. Služby poskytuje ve dvou budovách na lůžkových odděleních a v denním stacionáři. V obou budovách je také nabízena možnost stravování pro seniory z okolí. Spolupracuje s Českou alzheimerovskou společností, o.p.s, GEMA, o.p.s, které sídlí ve stejné budově a dalšími institucemi a organizacemi, které poskytují služby seniorům. Gerontologické centrum poskytuje zdravotní a sociální služby především občanům Prahy 8, Česká alzheimerovská společnost podporuje pacienty postižené demencí a jejich rodinné příslušníky a obecně prospěšná společnost GEMA podporuje a rozvíjí zdraví ve vyšším věku.

Denní stacionář

Denní stacionář je určen pro pacienty postižené demencí a pro seniory postižené či ohrožené ztrátou soběstačnosti. Provozní doba je od pondělí do pátku v době mezi 6:30 a 18:30 hodinami. Před přijetím do stacionáře absolvují senioři s demencí a jejich pečující rodinní příslušníci či senioři ohrožení ztrátou soběstačnosti vstupní pohovor. Pro přijetí je nutné získat informace o jejich zdravotním stavu od ošetřujícího lékaře (formulář „Návrh

k přijetí do denního stacionáře“). Kapacitu denního stacionáře v rámci celodenních pobytů tvoří 15 míst, maximální kapacita stacionáře je 20 klientů. Stacionář nabízí



Obr.č. 1 – Denní místnost č. 1 (obývací)

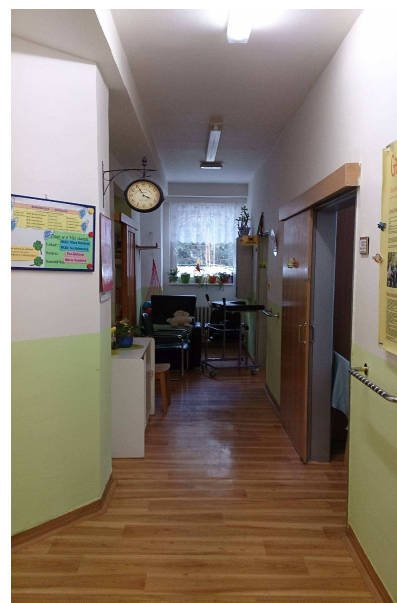
aktivizační program, stravování a dohled ošetřovatelského personálu. Senioři z místní lokality mohou využít dopravu zdarma. Do vytváření speciálních aktivizačních programů pro pacienty s demencí je zapojena i Česká alzheimerovská společnost.

Lůžková část

Lůžková část Gerontocentra je tvořena lůžky odborného léčebného ústavu geriatrického. Pacienti jsou doporučováni k přijetí ošetřujícím lékařem z nemocnice nebo na základě doporučení praktického lékaře z domácí péče. Tito pacienti vyžadují intenzivní rehabilitaci a ošetřovatelskou péči a léčbu v rámci specifického geriatrického režimu. Předpokládaná doba hospitalizace na lůžkovém oddělení je asi 1 měsíc, průměrný věk pacientů je nad 84 let. Adaptační doba je stanovena na 1 týden,

pokud se vlivem přemístění pacienta jeho stav zhorší nebo si pacient nepřeje zůstat, je mu vyhověno a zajišťuje se domácí péče. Cílem péče je zlepšení zdravotního stavu pacienta, jeho soběstačnosti a kvality života, a to i v situaci chronického nebo závažného

Obr.č. 2 – Lůžkové oddělení



onemocnění. Pro přijetí pacienta na obě lůžková oddělení je třeba doručit formulář „Doporučení k přijetí“ od praktického lékaře nebo ošetřujícího lékaře, pokud je pacient v době podání žádosti hospitalizován v nemocnici, na recepci Gerontocentra. Formulář lze stáhnout na www.gerontocentrum.cz. Sociální pracovnice vede evidenci doporučení k přijetí a předkládá je ke schválení odbornému týmu, který každou žádost ohodnotí stupněm naléhavosti.

Lůžkové oddělení č. 1

Je určeno pro 12 pacientů s Alzheimerovou chorobou anebo jinými formami demence. Pacientům je nabízena rehabilitace, pracuje se na udržení soběstačnosti a nácviku sebeobslužných dovedností, pracovníci poskytují aktivizační program a ošetrovatelskou péči. Na tomto oddělení je možnost krátkodobých, respitních pobytů (určených pro odpočinek rodinných pečujících), jejichž délka by neměla přesáhnout jeden měsíc. Provoz oddělení je nepřetržitý.

Lůžkové oddělení č. 2

Je určeno pro 31 pacientů po operačních zákrocích, kteří potřebují v rámci rekonvalescence intenzivní rehabilitaci. I zde je možnost respitních pobytů maximálně na jeden měsíc.

Gerontologické centrum poskytuje, kromě výše uvedených, ještě další služby jako je osobní asistence, domácí péče a geriatrická poradna a ambulance. (Informační materiál v rámci projektu Kooperace pro jakost a Gerontocentrum [online]).

5.2.1.2 PN Bohnice

Oddělení zdravotně sociální péče

Zdravotně sociální psychiatrická lůžka jsou primárně určena pro pacienty Psychiatrické nemocnice Bohnice, kteří již nevyžadují lůžkovou zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu potřebují pomoc jiné osoby a nemohou tak být propuštěni ze zdravotnického zařízení. Oddělení je profilováno zejména pro seniory s různým stupněm demence a jinými poruchami souvisejícími s vyšším věkem.

Obr. č. 3 – PN Bohnice



Pobyt na tomto oddělení je časově omezen, tj. do doby, než je klientovi zajištěno poskytování pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb (např. domově pro seniory, domově se zvláštním režimem), nebo zajištěna pomoc osobou blízkou mimo zdravotnické zařízení, popřípadě zajištění terénních sociálních služeb v domácím prostředí (pečovatelská služba apod.). Smlouva o poskytnutí služby sociální péče ve zdravotnickém zařízení se uzavírá na jeden kalendářní rok s možností prodloužení. Služba nemůže být poskytnuta osobám, jejichž zdravotní stav vyžaduje lůžkovou péči ve zdravotnickém zařízení, osobám s akutním infekčním onemocněním, nebo pokud je naplněna kapacita zdravotně-sociálních psychiatrických lůžek.

Oddělení zdravotně sociální péče vzniklo v roce 2013, nachází se v pavilonu 34. Celková kapacita je 46 lůžek, k dispozici jsou 4 a 6 lůžkové pokoje. Ke standardnímu vybavení pokoje patří polohovací lůžko, noční stolek, jídelní stolek, šatní skříň, stůl a židle, klienti mají možnost přinést si vlastní drobné předměty. Sociální zařízení je společné na chodbě a je oddělené zvlášť pro muže a pro ženy. Kromě služeb jako je ubytování, stravování, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv, zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, poskytuje oddělení zdravotní, komplexní ošetrovatelskou a rehabilitační péči dle potřeb jednotlivých klientů, která je hrazena prostřednictvím zdravotního pojištění. Cílem poskytovaných služeb je podpora samostatného, důstojného života klientů, kteří nemohou žít ve svém vlastním prostředí díky snížené soběstačnosti a omezené schopnosti sebepéče i péče o domácnost. Oddělení zdravotně-sociální péče se řídí Standardy kvality v sociálních službách, které vycházejí ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění a z prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb., v platném znění.

Lékař při příjmu na oddělení provádí cílené vyšetření klienta, zdravotnická dokumentace je vedena po celou dobu pobytu klienta na oddělení. Lékařskou péči zajišťuje ambulantně psychiatr v rozsahu 8 hodin týdně a praktický lékař v rozsahu 4 hodin týdně. V akutních případech oddělení využívá lékařského zázemí PNB. Praktický lékař indikuje ošetření a vyšetření klienta v odborných ambulancích mimo PNB dle skutečné potřeby klienta. Případné doplatky za léky a zdravotnický materiál hradí klient. Zdravotní pomůcky (např. inkontinentní, stomické pomůcky, podložky, apod.) jsou předepisovány na poukazy. Ošetrovatelskou péči klientů zajišťují všeobecné sestry a pečovatelský personál pod jejich dohledem, administrativní záležitosti jsou v kompetenci zdravotně-sociální pracovnice.

Klientům lze zajistit služby jako drobné nákupy, kadeřník, pedikúra, holič, fyzioterapeut, kněz, některé ze služeb jsou zpoplatněny. Stravování je poskytováno dle zásad zdravé výživy, přiměřeně ke zdravotnímu stavu klientů, v rozsahu diet určených pro zdravotní lůžka. Je zajišťováno společností Aramark a.s.

Doba návštěv na oddělení je od 8:00 do 20:00 hod. Respektuje se právo na soukromí, odpočinek. Služby mohou být poskytovány pouze na základě uzavřené smlouvy mezi klientem a PNB. Klient je povinen zaplatit úhradu za ubytování v částce 200,- Kč/den a úhradu za celodenní stravu v částce 160,- Kč/den. Pokud by klientovi sociální služby nezůstalo, podle § 73 odst. 3 zák. č.108/2006 Sb., po úhradě za ubytování a stravu 15% jeho pravidelného příjmu, uzavírá se s osobou blízkou (partner, děti, sourozenci) Dohoda o příspěvku na úhradu služeb klientovi. Klient je PNB povinen zaplatit za poskytování péče za kalendářní měsíc částku ve výši přiznaného příspěvku na péči dle zákona č. 108/2006 Sb. V případě, že teprve probíhá řízení o Příspěvku na péči, bude tento příspěvek PNB doplacen se zpětnou platností od doby jeho přiznání.

K přijetí na oddělení zdravotně sociální péče v rámci PNB je nutné splnit a předložit:

- kritéria pro cílovou skupinu,
- vyjádření lékaře o aktuálním zdravotním stavu klienta,
- potvrzení o výši příjmu (poslední výměr důchodu) nepovinně,
- rozhodnutí o přiznání Příspěvku na péči,
- pokud má zájemce soudem upravenou způsobilost k právním úkonům, je nutné předložit rozhodnutí soudu o upravení způsobilosti a o ustanovení opatrovníka. (PN Bohnice [online])

5.2.1.3 ÚVN – oddělení sociální péče

Oddělení sociální péče zahrnuje dva typy sociálních pobytových služeb dle zákona 108/2006 Sb. o sociální péči – domov se zvláštním režimem (pro osoby nad 65 let s dg. demence), domov pro seniory (pro osoby se sníženou soběstačností)

Domov se zvláštním režimem

Domov se zvláštním režimem poskytuje trvalou pobytovou sociální službu klientům nad 65 let věku s Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, u nichž v důsledku onemocnění došlo ke snížení soběstačnosti a jejichž stav vyžaduje pravidelnou

pomoc jiné fyzické osoby. Nejsou přijímány osoby závislé na psychotropních látkách a alkoholu. Cílovou skupinou Domova jsou váleční veteráni. Celková kapacita je 30 lůžek.

Ubytování je zajištěno v *Obr. č. 4 – Budova B1 (ÚVN)*

jednolůžkových nebo dvoulůžkových pokojích, případně nadstandardních pokojích s vlastním sociálním vybavením. Klienti mají možnost vzít si s sebou věci osobní potřeby, včetně drobného nábytku, obrázků, fotografií k dovybavení pokoje tak, aby co nejvíce



připomínal domov. Tým zaměstnanců, který tvoří zdravotně-sociální pracovníci, všeobecné sestry, zdravotničtí asistenti, pracovníci v sociálních službách a sanitáři pod vedením vrchní sestry poskytuje klientům služby 24 hodin denně. Součástí služeb je ošetrovatelská péče, rehabilitační ošetřování a aktivizační činnosti zaměřené na podporu samostatnosti, udržení či zlepšení stávajícího stavu. Stravování je zajištěno podle předem zveřejněného jídelního lístku, který konzultuje nutriční terapeut. Jídlo lze podávat v jídelně anebo donést přímo na pokoj dle přání klienta. Jako fakultativní službu je možné využít služby fyzioterapeutů, kadeřníka, pedikérky aj.

Ošetřující lékař na oddělení dochází obvykle 1 x za 14 dnů, v případě nutnosti i častěji. V mimopracovní době je lékařská péče zajištěna konziliářem²¹ ÚVN Praha. Pokud se zdravotní stav klienta zhorší, lékařskou péči poskytne lékař ÚVN, případně je klient překládán na zdravotnické lůžko ÚVN. V takovém případě je rodina klienta vždy informována sociální pracovníci. Léky podává zdravotnický personál, pokud je to indikováno ošetřujícím lékařem, jsou předepisovány na recept, doplatky hradí klasicky uživatel.

Cílem poskytované péče je dosažení co největší možné kvality života klienta. Je přizpůsobována potřebám klienta s diagnózou demence, řídí se individuálními zvyklostmi klienta a vychází z individuálních potřeb. Je kladen důraz na dodržování standardů kvality poskytovaných služeb.

S případnými dotazy, připomínkami či podněty je možné se obrátit na vrchní sestru osobně nebo telefonicky. Návštěvy jsou možné neomezeně. Pobyť je realizován na základě uzavřené smlouvy mezi klientem (případně jeho zákonným zástupcem) a provozovatelem.

²¹ Konziliář je kvalifikovaný specialista, obvykle jiného oboru, který je přizván lékařem poskytujícím, aby vyšetřil pacienta a sdělil svůj nález či názor na poskytovanou léčbu. Závěry konziliáře nejsou pro ošetřujícího lékaře závazné.

Domov péče o válečné veterány

Provozovatelem Domova pro válečné veterány (DPVV) je ÚVN a je určen pro válečné veterány – držitele osvědčení podle zákona č. 170/2002 Sb., o válečných veteránech – a jejich manželky nebo družky, jejichž zdravotní stav nevyžaduje trvalou péči a kteří jsou schopni se o sebe postarat. V DPVV je poskytováno bydlení, strava a služby spojené s pobytem (pomoc při oblékání, osobní hygieně, přípravě a podávání stravy).

O přijetí klientů, přerušení nebo ukončení jejich pobytu v Domově rozhoduje Ministerstvo obrany zastoupené ředitelem OMS MO na základě žádosti. Klient se podílí na úhradě nákladů na bydlení, stravu a služby s pobytem spojené. Výše úhrady a způsob jejich úhrady jsou stanoveny vyhláškou č.191/2005 Sb.

Domov péče o válečné veterány má k dispozici 7 jednolůžkových pokojů s kuchyňským koutem a příslušenstvím a 1 dvoulůžkový pokoj s kuchyňským koutem a příslušenstvím. Vstup do Domova je zabezpečen elektronickou kontrolou vstupu.

Ošetřovatelská péče je poskytována formou „Domácí péče“. Základní ošetřovatelskou péči zajišťuje sanitářka/ošetřovatelka, která je obyvatelům Domova k dispozici denně od 7.00 do 19.00 hodin.

Oddělení sociální péče

Oddělení sociální péče (OSP) poskytuje pobytovou sociální službu na základě Smlouvy o pobytu dle zákona O sociálních službách č. 108/2006 Sb. § 52, a to klientům nad 55 let, kteří již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale mají sníženou soběstačnost a nemohou se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby. Služba je poskytována 24 hodin denně po dobu trvání smluvního vztahu, nebo do zajištění péče jinou fyzickou osobou, případně zajištění terénní nebo pobytové sociální služby trvalého charakteru (např. domov pro seniory). Cílovou skupinou OSP jsou váleční veteráni, v případě volné kapacity přijímá OSP i civilní občany. Kapacita je 10 lůžek. Ubytování je poskytováno v jednolůžkových a dvoulůžkových pokojích. Stravování je zajištěno podle předem zveřejněného jídelního lístku. O klienty pečují tým zaměstnanců – všeobecné sestry, zdravotničtí asistenti a pracovníci přímé obslužné péče pod vedením vrchní sestry ve spolupráci se sociálním pracovníkem. V průběhu pobytu je především realizována základní ošetřovatelská péče, nácvik soběstačnosti klienta a rozvoj klientových dovedností. Lékař na OSP není trvale přítomen, ale dochází v domluvených hodinách.

Domov pro seniory

Domov pro seniory poskytuje trvalou pobytovou sociální službu klientům nad 55 let věku, kteří mají sníženou soběstačnost především z důvodu věku či základního onemocnění a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Cílovou skupinou Domova jsou váleční veteráni. Kapacita Domova je 10 lůžek. Služba obsahuje základní činnosti jako poskytnutí stravy, ubytování, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Ubytování je zajištěno v jednolůžkových a dvoulůžkových pokojích. K ubytování je nutné vzít s sebou věci osobní potřeby a ostatní potřeby v množství, které lze do ubytovacích prostor bez újmy umístit. Vhodné je mít pohodlný oděv na den, noc a vhodnou obuv. Hygienické potřeby, věci osobní potřeby, zdravotní pomůcky. Stravování je zajištěno podle předem zveřejněného jídelního lístku konzultovaného s nutričním terapeutem. Jídlo je podáváno v jídelně, nebo donášeno přímo na pokoje. V případě potřeby, je-li to nutné, je klient krmen. Je zařízena možnost drobných nákupů (pochutiny, potraviny, denní tisk). Služby jsou poskytovány klientům 24 hodin denně (po dobu platnosti smlouvy). O klienty pečují tým zaměstnanců – všeobecné sestry, sanitáři a pracovníci v sociálních službách pod vedením vrchní sestry ve spolupráci se zdravotně-sociálním pracovníkem. V průběhu pobytu je především realizována ošetrovatelská péče, rehabilitační ošetřování a nácvik soběstačnosti klienta. Za úhradu je možné využít služeb fyzioterapeutů specialistů, jejichž péče není hrazena ze zdravotního pojištění.

Zhorší-li se zdravotní stav klienta, je zdravotní lékařská péče poskytována lékařem, který je v případě potřeby k dispozici v ÚVN. V takovém případě je rodina klienta informována. Léky jsou podávány v rámci poskytované zdravotní péče zdravotnickým personálem, pokud je toto indikováno ošetřujícím lékařem. Jsou předepisovány na recept a doplatky za léky hradí uživatel.

Ošetrovatelská péče je zajišťována v takovém rozsahu, aby bylo dosaženo největší možné kvality života klienta. Péče je přizpůsobena potřebám klienta, organizace provozu se řídí individuálními zvyklostmi klienta. (např. ranní vstávání). Je kladen důraz na dodržování standardů kvality poskytovaných služeb. S připomínkami, podněty a dotazy je možné se obracet na vrchní sestru osobně nebo telefonicky. Návštěvy na Domově jsou možné bez časového omezení. (Ústřední vojenská nemocnice [online])

5.2.1.4 Alzheimercentrum Průhonice

Alzheimercentrum je skupina specializovaných zařízení na péči o klienty s Alzheimerovou chorobou a s ostatními typy demencí. Zařízení jsou vybavena a zařízena pro poskytování moderní ošetrovatelské péče, která se zaměřuje zejména na klienty s Alzheimerovou chorobou ve všech stádiích onemocnění i jiné typy demencí.

Obr. č. 5 – Alzheimercentrum



Alzheimercentrum Průhonice o.p.s. zajišťuje komplexní sociální a ošetrovatelskou péči o osoby s Alzheimerovým onemocněním nebo jiným typem demence, a to v jakémkoliv stádiu tohoto onemocnění. Zařízení s kapacitou 161 lůžek nabízí nadstandardní ubytovací a stravovací služby, špičkovou zdravotní péči a nadstavbovou částí v oblasti sociálních služeb se snaží vytvářet předpoklady pro spokojený pobyt zdejších klientů. Klienti mohou trávit volný čas na zahradě, která se nalézá za objektem průhonického Alzheimercentra. Součástí zahrady je prostor se zastřešenými terasami a důmyslným systémem cestiček nabízející příjemný odpočinek nebo možnost procházek. Ve venkovních prostorách lze najít i zoo koutek se zvířátky – kozami, slepicemi a králíky. U imobilních klientů je dbáno na to, aby se pravidelně za doprovodu ošetrovatelů pohybovali na čerstvém vzduchu. V letních měsících se na zahradě koná nespočet terapií včetně oblíbených hudebních akcí. Přímou v prostorách průhonického Alzheimercentra mohou klienti využít služeb kadeřnice a pedikérky. Speciálně vybudované prostory jsou umístěny v přízemí objektu, s výhledem do zahrady. Externí spolupracovnice docházejí pravidelně každý týden a poskytují klientům služby na vysoké profesionální úrovni. Každý týden přichází do centra za klienty také duchovní. O stravování klientů se stará tým profesionálních kuchařů. V suterénních prostorách centra je vlastním zařízením moderně vybavená kuchyň včetně odpovídajícího zázemí. V nabídce celodenního stravování je vyvážená a nutričním terapeutem schválená strava. Jídelníčky jsou sestaveny pod dohledem odborníků a jednotlivé pokrmy poté podávány v takové podobě, která je s ohledem na zdravotní stav vhodná pro každého klienta. V průběhu celého dne důsledně u klientů pracovníci dbají na dodržování pitného režimu. Všechna zařízení (Alzheimercentra) pracují na základě konceptu bazální stimulace, čímž je výrazně zkvalitněna péče o klienta. Jedním ze základních způsobů, jak toho dosáhnout, jsou doteky – základní lidská schopnost i potřeba. Pacient, který trpí příznaky demence nebo

Alzheimerovy choroby v pozdních stádiích a jeho potíže a problémy nastaly změnou zdravotního stavu, má nárok na zdravotní péči hrazenou ze zdravotního pojištění. Velmi častým omylem je domněnka, že ošetrovatelská péče spočívá pouze v jednorázových výkonech, např. v aplikaci injekce, převazu rány, odběru apod. Není tomu tak a mnohdy i odborná veřejnost neví, co pojem komplexní ošetrovatelské péče ve skutečnosti zahrnuje. Jedná se v tomto případě o problém mnoha sociálních zařízení, které neposkytují svým klientům ošetrovatelskou péči v takovém rozsahu, v jakém ji pacient potřebuje a nahrazují ji laickou, neodbornou pomocí. Všechny potíže, které vznikly na základě zdravotního stavu pacienta, musí být řešeny specializovaným ošetrovatelským procesem a komplexně. Nejedná se o jednorázové výkony, ale o komplex poskytované specializované péče, ušité na míru potřebám pacienta a jeho zdravotního stavu. Alzheimercentra prosazují odbornou péči před laickou pomocí. Zdravotní péče má přednost před péčí sociální a má-li na tuto péči nárok pacient na základě právních předpisů, není o čem diskutovat nebo polemizovat. Alzheimercentra propojila zdravotní a sociální péči do jednoho komplexu a vede ji v rámci jednoho procesu. Alzheimercentra školí a vzdělávají vlastní personál a čerpají ze svých letitých znalostí, odborné erudice a letité zkušenosti (18let). Jedno z center disponuje akreditací ve vzdělávání. Alzheimercentra mají zpracované postupy jak provozní, tak ošetrovatelské a ty jsou uplatňovány stejně ve všech Alzheimercentrech. Na základě těchto standardů kvality se dostane v každém Alzheimercentru pacientům stejně kvalitní péče.

Alzheimercentra mají několikastupňovou kontrolu kvality poskytované péče. Zaměstnávají pracovníky, kteří se zabývají pouze tím, že kontrolují a srovnávají kvalitu péče ve všech Alzheimercentrech, sledují nové metody péče a zavádí je do praxe.

Alzheimercentra zaměstnávají specialisty na různé obory ošetrovatelství a ti předávají své znalosti a zkušenosti ostatním. Mají několik set zaměstnanců k péči o pacienty a dostatek kvalifikovaného personálu, který vede ošetrovatelský proces. Odborný personál přenáší zkušenosti a znalosti do všech center. Existuje-li potřeba, mohou se v centrech všichni zastoupit vzájemně.

Specializovaná péče je založena na dlouhodobých paměťových drahách, tj. s pacientem se pracuje na základě toho, co v jeho dlouhodobé paměti zůstalo zachováno. Komplex péče představuje celý soubor opatření, včetně dekorací v budově. Terapií není jen aktivní přístup, ale i přístup pasivní, s vnímáním a samovolným zapojením smyslů klientů. V pozdních stádiích nemoci i neverbální schopnost komunikace a využívání intuitivního jednání a vnímání, se kterým se každý narodí a které zůstává zachováno bez

ohledu na stupeň onemocnění. Specializovanou péči tvoří základní ošetrovatelská péče v komplexním procesu, jednotlivé ošetrovatelské výkony a další přístupy:

- bazální stimulace
- ošetrovatelská rehabilitace
- ergoterapie
- edukace a reedukace
- metody regenerace mozku
- výživa a pitný režim
- trénink kognitivních funkcí
- trénink kompenzačních funkcí
- trénink následků roztržitosti a paměti
- reminiscenční terapie
- aromaterapie
- muzikoterapie
- taneční terapie
- canisterapie
- terapeutické panenky
- alternativní terapie – hirudoterapie (léčba pomocí pijavic)
- světelná terapie
- arteterapie

Alzheimercentrum disponuje nejmodernějšími terapeutickými postupy, vysoce kvalifikovaným personálem, poskytuje poradenství rodinám. Komplexní péče zahrnuje kromě výše uvedeného péči sociální, zdravotní, dále ubytování, rehabilitaci i fyzioterapii. (Alzheimercentrum [online])

5.3 Úkoly šetření

V této kapitole popisují hlavní a dílčí cíle výzkumného šetření.

Hlavním úkolem šetření bylo ***popsat a analyzovat metody používané při aktivizaci seniorů s demencí***. Dalším z úkolů bylo porovnat aktivizaci v různých zařízeních s následným formulováním doporučení pro praxi.

Dílčí otázky/úkoly šetření:

Dílčí úkoly, které vyplynuly z cíle a metod práce, jsem stanovila následovně (v závorce jsou čísla tazatelských otázek z rozhovoru):

1. **Zjistit, kteří z pracovníků se věnují aktivizaci.** (viz tabulka Přehled respondentů)
2. **Zjistit, jaké důvody k užívání aktivizace považují pracovníci za nejdůležitější.** (TO 5,23)
3. **Zjistit, jakých forem aktivizace nejčastěji využívají pracovníci v praxi.** (TO 6,16,19)
4. **Zjistit, jakým způsobem je aktivizace prováděna u klientů s demencí.** (TO 3,14,15,17,18,28)
5. **Zjistit, jak vnímají pracovníci jednotlivé metody – jaké jsou jejich přínosy a bariéry.** (TO 7,10,11,12,13,24,25)
6. **Zjistit, které z pomůcek jsou nejvyužívanější.** (TO 9,29)
7. **Zjistit, kde a čím se pracovníci inspiroují při přípravě aktivizačních činností, jaká volí témata.** (TO 20,21)
8. **Zjistit, jaký je vztah pracovníků ke vzdělávání v aktivizaci a jaké jsou jejich vlastní náměty a připomínky.** (TO 27,32)
9. **Zjistit, jaké jsou preference klientů v souvislosti s aktivizačními metodami.** (TO 22,26)
10. **Zjistit, zda existuje spolupráce s rodinnými příslušníky a jinými zařízeními v rámci aktivizace.** (TO 30,31)

5.4 Výsledky a interpretace

Pro zpracování dat, která vznikla doslovnou transkripcí (85 stran textu), jsem využila metody **otevřeného kódování** s následnou technikou „**vyložení karet**“. „*Kódování je procedurou, která umožňuje z množství dat „vytáhnout“ proměnné, které se stanou základem budoucí teorie.*“ (Švaříček, Šedřová, 2007, s. 92). Následně jsou data systematicky porovnávána a na základě pravidelností členěna do systému kategorií a složena novým způsobem (tamtéž, s. 211). Text byl rozdělen na jednotky dle významu, přičemž ke každé jednotce jsem přidělila kód, který identifikuje, o čem jednotka vypovídá. Kódy jsem poté přiřadila odpovídajícím kategoriím podle příslušnosti ke stejnému jevu podle dílčích výzkumných otázek. „...výzkumník vezme kategorizovaný seznam kódů,

kategorie vzniklé skrze otevřené kódování uspořádá do nějakého obrazce či linky a na základě tohoto uspořádání sestaví text tak, že je vlastně převyprávěním obsahu jednotlivých kategorií.“ (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 226). Přepsané rozhovory jsem analyzovala podle kategorií, které uvádím v následující podkapitole. Získané údaje v rámci stanovených cílů interpretuji jako obsah a shrnutí jednotlivých kategorií. Text jsem zároveň doplnila fotografiemi, které jsem pořídila během šetření v jednotlivých zařízeních, a ilustrují informace vztahující se k dané problematice aktivizace.

5.4.1 Seznam kategorií a podkategorií podle stanovených cílů

1. kategorie: Kterí z pracovníků se věnují aktivizaci?

- zainteresovaní pracovníci a jejich kvalifikace

2. kategorie: Jaké důvody k užívání aktivizace považují pracovníci za nejdůležitější?

- hlavní oblasti podpory – smysl aktivizace
- potřeby klientů – řád, pravidelnost, kontinuita, jistota, stimulace, bezpečí, sociální vazby

3. kategorie: Jakých forem aktivizace nejčastěji využívají pracovníci v praxi?

- aktivity zaměřené na zlepšení či udržení mentálního i fyzického stavu
- rozdělení aktivit podle počtu účastníků
- aktivity vhodné pro klienty v 1. a 2. fázi demence
- aktivity vhodné pro klienty v pokročilejší fázi demence

4. kategorie: Jakým způsobem je aktivizace prováděna u klientů s demencí?

- nabídka aktivizačních činností a kritéria pro výběr aktivity – počet klientů, charakter služby, místo konání, fáze onemocnění
- využívané metody práce – skupinové, individuální
- povaha jednotlivých aktivit
- frekvence aktivit
- specifika provádění

5. kategorie: Jak vnímají pracovníci jednotlivé metody – jaké jsou jejich přínosy a bariéry?

- pozitiva vlivu užívaných metod na jedince vnímané pracovníky
- bariéry vnímané pracovníky

6. kategorie: Které z pomůcek jsou nejvyužívanější?

- kritéria výběru – účel, způsob, možnosti a schopnosti
- volba pomůcek

7. kategorie: Kde a čím se pracovníci inspirojí při přípravě aktivizačních činností, jaká volí témata?

- témata vycházející z biografie klienta – osobní
- obecná témata ze života
- inspirace získané prostřednictvím odborných periodik

8. kategorie: Jaký je vztah pracovníků ke vzdělávání v aktivizaci a jaké jsou jejich vlastní náměty a připomínky?

- osobní motivace a plány
- absolvované kurzy
- vnímané nedostatky

9. kategorie: Jaké jsou preference klientů v souvislosti s aktivizačními metodami?

- zájem klientů o aktivity

10. kategorie: Existuje spolupráce s rodinnými příslušníky a jinými zařízeními v rámci aktivizace?

- současný stav a možnosti spolupráce

5.4.2 Gerontocentrum

V Gerontocentru byly ochotné vést se mnou rozhovor pro účely tohoto šetření tři pracovníce s dlouholetou praxí v přímé péči a se zkušenostmi v oblasti aplikace aktivizačních metod při práci se seniory s různými stupni demence. Dvě pracovníce z denního stacionáře a jedna z lůžkového oddělení, které je specializovaným zdravotnickým zařízením se zvláštním režimem specializované na Alzheimerovu nemoc se statutem následné péče LDN.

Kteří z pracovníků se věnují aktivizaci?

- **zainteresovaní pracovníci a jejich kvalifikace**

Z rozhovorů s pracovníci R1, R2 jsem se dozvěděla, že v aktivizaci klientů jsou zaangažováni všichni pracovníci denního stacionáře bez ohledu na jejich kvalifikaci nebo pracovní pozici, nemají to rozdělené. V praxi to znamená, že všichni se věnují

jak přímé péči, tak aktivizačním činnostem. Celkový počet pracovníků v denním stacionáři je 6, z toho 1 ergoterapeutka, 1 zdravotní sestra, 2 pracovníce v sociálních službách a vedoucí denního stacionáře s kvalifikací sociální pracovníce a ještě jedna sociální pracovníce. Při práci s klienty jsou na směně vždy přítomny dvě pracovníce, pouze v době oběda, kdy se střídají, jsou přítomny tři. R3 uvádí, že aktivizaci se věnuje převážně sama v rámci oddělení, vychází ze své kvalifikace fyzioterapeutky a mnohaleté praxe, na oddělení pracuje ještě zdravotní sestra, ošetrovatel a jedna pracovníce přichází na odpoledne. Někteří z pracovníků zde nejsou zaměstnáni na celý úvazek, což svědčí o tom, že vedení se snaží vycházet vstříc potřebám svých zaměstnanců.

Jaké důvody k užívání aktivizace považují pracovníci za nejdůležitější?

- **hlavní oblasti podpory – smysl aktivizace**

Všechny tři respondentky (R1, R2, R3) se shodují, že aktivizace vede k udržení stavu klientů, nedochází zbytečně k rychlejšímu zhoršení, podporuje zachovalé schopnosti. Pravidelnost v režimu napomáhá ke zmírnění poruch chování, ke zklidnění. Lze pozorovat zlepšení, pokud klient přichází z domácího prostředí, kde jsou sami a nemají tolik podnětů. Ve stacionáři mají možnost hovořit s ostatními klienty, cvičí fyzicky, což je přínosem nejen pro fyzický, ale i pro psychický stav. Kolektiv působí tak, že interagují, zapojují se. Aktivizace tvoří jakousi základnu, důvod k tomu, proč přicházejí. Nejvhodnější pro aktivizaci se jeví i dle strategie ČALS P-PA-IA střední fáze onemocnění demencí. Poté, jak nemoc postupuje, není vždy žádoucí, stále aktivizovat. R3 hovoří o režimové terapii, která je součástí léčby, pacienti na lůžkovém oddělení nejsou sami schopni organizovat různé vjemy a aktivity. Každý člověk potřebuje k životu podněty, aby se mohl rozvíjet nebo udržovat.

R3: „...oni sami, většinou to u nich doma tak probíhá, když se jim nikdo nevěnuje, tak buď celý den proleží v lůžku, nebo prosedí v křesílku a vlastně se dívají do prázdna. Buď jsou v takové apatii, nebo mají naopak neklid a chodí z místa na místo, bloudí, ale nedovedou se koncentrovat. Tak tam je potřeba, aby jim někdo ty aktivity, které jsou vhodné co do obtížnosti, protože každý má jiný stupeň demence a někdo toho zvládne víc, někdo méně, přiblížil nebo zprostředkoval.“

Aktivizace pomáhá v oblasti motoriky, klienti si zachovávají schopnost mobility, hrubou i jemnou motoriku, dále v oblasti paměti a kognitivních funkcí, uchovává se

děle slovní zásoba a také sebeobsluha, pokud je klient dobře pohyblivý, zvládá sebeobslužné činnosti. Pokud je klient zaujatý nějakou činností, může to mít vliv i na poruchy chování, není neklidný, nemá úzkosti, deprese, nevstává neustále a nehrozí tak riziko pádu, které jinak způsobuje horší motorika. Pozorovala jsem, že se velmi rádi účastní, nikdo neodmítl a nestranil se společnosti.

R1: „...takže ten efekt je velkej, navíc denní stacionář je zařízení, kde by to bez toho ani nešlo. V těch pobytových, kde mají lidi svoje pokoje, tak tam je to zase něco jiného. Někdo chce celý den sedět a koukat se z okna...a tady, ne že by to nešlo, ale spíš, že je ten kolektiv strhne....; „...dávám si veliký pozor, abych jim neříkala: „Pojďte, jdeme cvičit“, ale říkám spíš: „Vedle se teď bude cvičit a budeme rádi, když se k nám přidáte“.

U demencí je vždy vázaná hybnost na mentální schopnosti, dochází k vzájemnému prolínání. Pokud má člověk kolem sebe lidi, získává vjemy, které se dostanou do mozku a následně ovlivní hybnost. Při cvičení s ležícím člověkem je nutné neustále hovořit, pro člověka není přirozená pozice vleže, mělo by vždy docházet k vertikalizaci, tj. polohování alespoň do sedu. R3 zmínila důležitý poznatek a to, že by nechodící člověk v pokročilém stadiu demence neměl být vůbec sám na jednolůžkovém pokoji, protože by byl úplně ztracen a izolován. Tuto situaci jsem bohužel viděla přesně v jednom nejmenovaném domově pro seniory. Na druhé straně, čtyřlůžkový pokoj, pokud je někdo neklidný a v noci křičí nebo ruší, také není ideální stavem.

- **potřeby klientů – řád, pravidelnost, kontinuita, jistota, stimulace, bezpečí, sociální vazby**

Z povahy studie je míněn pohled pracovníků na potřeby klientů. Pracovníci ze sledovaného zařízení jsou si vědomi potřeby individuálního přístupu a znalosti biografie klienta, ze které je možné vycházet při přípravě aktivit. Shodli se i na nutnosti pravidelnosti či řádu v programových aktivitách, který umožňuje klientům lépe se orientovat v čase i prostoru. Kontinuita péče a aktivit probíhá nepřetržitě po celý den v atmosféře bezpečí a relativně intimního prostředí, což umožňuje kapacita maximálně 15 osob

Obr. č. 6 – Amálka



na den. Vybavenost prostor stacionáře odpovídá potřebám podnětného prostředí, ve společenské místnosti se nachází piano, reminiscenční nástěnka, některé dobové předměty, domácí atmosféru dokreslují pohodlná křesla a přítomnost domácího mazlíčka, kočky a akvária se želvami. V jídelně jsou k dispozici dva velké stoly se šesti židlemi i křesla, kde klienti mohou relaxovat. Personál dobře zná své klienty, týdně se tu vystřídá okolo 30 lidí. Sociální vazby a běžná komunikace probíhala mezi klienty i personálem zcela přirozeně. Dle sdělení, jsou klienti zvyklí i na přítomnost cizích osob, často sem dochází praktikanti nebo osoby z médií.



Obr. č. 7 – Denní místnost č. 1 (jídelna)

Jakých forem aktivizace nejčastěji využívají pracovníci v praxi?

- **aktivity zaměřené na zlepšení či udržení mentálního i fyzického stavu**

Respondentky (R1 a R2) nejčastěji využívají skupinového cvičení na židlích, kognitivního tréninku. Tyto dvě aktivity probíhají denně v pravidelnou dobu, v odpoledních hodinách pak střídají různé pohybové hry, společné vaření, výtvarné činnosti nebo zkouší vzpomínkové aktivity. Zažila jsem zde společné odpolední luštění křížovky a pétanque. V dopoledních hodinách jsem se účastnila kondičního cvičení, které začínalo krátkým uvedením do reality, připomenutím data, dne, významnějších událostí. Následovalo cvičení zaměřené na protažení, posílení a uvolnění všech částí těla od hlavy, rukou, přes trup až po prsty u nohou. Ve druhé části probíhalo cvičení s pomůckou „plavací nudle“, kterou klienti různě ohýbali, podávali si, natahovali se každý se svojí ke stropu, někoho to svádělo i k pošťuchování nudlemi a mávání s nimi ve vzduchu. Každopádně cvičení vytvořilo veselou atmosféru a vyvolalo úsměv na mnohých z tváří. Následovalo

krátké občerstvení po 45 min cvičení po dobu asi 10 minut, které plynule přešlo v kognitivní trénink.

Druhá pracovnice převzala vedení skupiny a začala rovněž uvedením do reality, nyní si již klienti pamatovali, kdo má svátek a kolikátého je. Pracovnice využila různých obrázkových sad, jejich zakrývání a vybavování, pustila kazetu se zvuky ptáků, které měli klienti rozpoznávat. Musím říct, že klienti byli velice úspěšní a zapojovali se, i přesto, že nešlo přehlédnout nejaktivnější a nejúspěšnější klientku, která netrpěla demencí, ale jiným onemocněním.

Obr. č. 8 – Pomůcky pro kondiční cvičení



Obr. č. 9 – Prostírání vytvořené z pohlednic míst navštívených klienty

- **rozdělení aktivit podle počtu účastníků**

Ve zkoumaném zařízení se uskutečňují zejména skupinové aktivity, v lůžkové části pak i individuální forma aktivizace. Kromě výše zmíněných probíhají další pravidelné týdenní aktivity, ve středu odpoledne dochází bývalý trenér a vede zde dobrovolně pétanque, ve čtvrtek probíhá taneční terapie pod vedením bývalého baletního mistra a 1x za měsíc probíhá canisterapie. Oblíbené je terapeutické vaření, nejraději mají klienti sladké, koláče nebo bramboráky. Probíhá i mezigenerační spolupráce s mateřskou školou sídlící vedle, kdy klienti vyrábějí něco společně s dětmi nebo se setkávají. Nepravidelnou aktivitou jsou výlety, které se daří pracovníkům uspořádat tak 1 – 2 x ročně.

- **aktivity vhodné pro klienty v 1. a 2. fázi demence**

Strategie P-PA-IA uvádí pomoc s přijetím diagnózy v této fázi, poradenství a přípravu na to, co nemocné čeká, aby porozuměli nemoci a získali pocit „nejsem na to sám“. Ve střední fázi pomáhá fyzická činnost a co největší zapojování kognitivních funkcí a mluvení. V denním stacionáři se většinou jedná o aktivity skupinové, k individuální práci nedochází z důvodu časového rámce.

- **aktivity vhodné pro klienty v pokročilejší fázi demence**



Obr. č. 10 – Kalendář – orientace realitou

Na lůžkovém oddělení, kde jsou lidé nemocní nejen po mentální stránce, ale i fyzické, oproti stacionáři, jsou tudíž aktivity prováděny v omezenější míře. Aktivizační program se skládá ze skupinového cvičení, které se provádí v sedu na židlích, kognitivní rehabilitace, kde se trénuje paměť nenásilnými formami jako je povídání na určité téma, vzpomínání nebo uvedení do současnosti. Velice oblíbenou činností je zpívání, různé hry a reminiscenční terapie, kde se aktivuje dlouhodobá paměť. V pokročilé fázi demence lze použít všechny prvky aktivizace, ale zjednodušené a přizpůsobené na míru dotyčnému jedinci. Ve třetím stádiu mohou být klienti ještě mobilní, na lůžkové oddělení se dostávají lidé nesoběstační po stránce základních úkonů sebeobsluhy. Někteří z klientů jsou sice pohybliví, ale sami se neoblékají, nenajedí, nevykonají hygienu, potřebují asistenci ošetřujícího personálu. Někdo zvládá některé úkony sám, je to vždy individuální a záleží na skladbě klientů.

R3 poznamenává: „Říkáme, že je směřujeme všemi úkony. Ať už jsou to úkony všední denní činnosti nebo úkony té aktivizace. Já jim musím všechno říkat, jak co mají udělat. Když spolu cvičíme nebo když hrajeme „Člověče, nezlob se“, tak

řeknu: „tady máte červený figurky, teď to vemte do ruky, tady tu figurku a dejte ji sem“, teď jim to ukážu: „dejte ještě o jedno políčko“, hodíme kostičkou, zkusím se zeptat, jaký je tam číslo, když neví, tak řeknu: „máme tam šestku“ a vezmu mu ruku a posouváme po políčku, jeden, dva, tři, čtyři, pět, šest...jo, s asistencí se to dělá...“

R2: „...dá se co nejjednodušší kognitivní trénink, texty písniček co nejdéle vydrží v paměti, různá přísloví, nebo jenom povídání, poslech a pak třeba i ta bazální stimulace z těch fyzických podnětů.“



Obr. č. 11 – Kognitivní trénink

Jakým způsobem je aktivizace prováděna u klientů s demencí?

- **nabídka aktivizačních činností a kritéria pro výběr aktivity – počet klientů, charakter služby, místo konání, fáze onemocnění**

Denní stacionář disponuje kapacitou 15 lidí na den, jedná se o ambulantní službu, kde se vystřídá okolo 30 klientů za týden. Na lůžkovém oddělení může pobývat 12 lidí po dobu jednoho měsíce, pobyty jsou respitní a nebo jsou přijímáni lidé z akutních lůžek, kteří mají diagnostikovanou demenci, ale došlo u nich např. k úrazu. Průměrně se účastní programu 10 lidí, záleží na celkové kondici a celkovém zdravotním stavu, někdo může být schopen účastnit se aktivizačního programu, ale nedovolí mu to zdravotní stav. Aktivizace se odehrávají ve stacionáři ve dvou denních místnostech, z nichž jedna je koncipována více jako jídelna a druhá více jako obývací, lze využít i terasu a zahradu.



Obr. č. 12 – Denní místnost č. 1 (jídlna)

Na lůžkovém oddělení je k dispozici denní místnost s televizí a zároveň slouží i jako jídelna. Individuální aktivizace probíhají přímo u lůžka nebo v kterékoli místnosti. Podle toho, ve které fázi onemocnění se klient nachází, je důležité přizpůsobení času, aktivita by neměla trvat déle než hodinu, případně může mít formu kratších úseků aktivizace několikrát za den.

R3: „Nahoře na lůžkovém jsou pacienti, tam je to zdravotnické zařízení, dole ve stacionáři jsou klienti.“

- **využívané metody práce – skupinové, individuální**

Ve stacionáři pracují pracovníci s jednou skupinou celkově, neosvědčilo se dělit klienty do skupin podle stupně demence, jak potvrdila i R1, protože se skupinkou s pokročilejší demencí se nedalo pracovat. Tvrdí, že je vždy potřeba, aby tam byl někdo, kdo třeba je ve střední fázi, aby se zapojil, to pak stimuluje i ostatní. Do stacionáře přicházejí nejčastěji lidé ve střední fázi, kdy už potřebují dohled. V počáteční fázi se potýkají s mírnými problémy, zvládají ještě většinu činností s nějakými pomůckami a podporou. Ve třetí fázi dochází k útlumu potřeby činností.

R2: „...ztrácí to pak ten smysl, už se to ani nezlepšuje, už je to pro ně prostě zátěž.“

R1: „Ve 3. a 4. stadiu demence bych dělala ty jednodušší pohybovky, když by se to dařilo. Určitě bych už nedělala cvičení paměti. Hodně bych s nima zpívala, protože to jim většinou jde dobře. No a pak třeba nějaké jednoduché hry typu kuželky nebo pétanque pro to 3. stadium. Ti se dají zapojit. Možná nějaké to vaření, pečení...ty

nejjednodušší činnosti, třeba míchání těsta nebo oloupat brambor, to taky v tom 3. stadiu leckdy zvládají.“

- **povaha jednotlivých aktivit**

Pracovníci si uvědomují nebezpečí pocitu zkoušení ze znalostí, který mohou některé aktivity vyvolávat v klientech, a proto se snaží zařazovat do programu ty, které nezávisí tolik na schopnostech, ale na náhodě.

- **frekvence aktivit**

Aktivizace probíhá pravidelně v určitých časech a je zároveň součástí péče. Dopolední aktivity začínají v 9:00 – 11:15, odpolední aktivity začínají od 13:00 – 15:15 nebo podle potřeby až do odchodu posledního klienta. Na lůžkovém oddělení se aktivizuje skupinově hodinu před obědem, jinak se pracovníci věnují individuální péči v průběhu celého dne.

- **specifika provádění**

Jednotlivé formy aktivizace se velice liší dle postupujících fází onemocnění. V pokročilém stadiu lidé často již nekomunikují verbálně, pouze očním kontaktem, jsou imobilní a upoutáni na lůžko. Na řadu přichází ošetrovatelská péče, jejíž součástí je bazální stimulace, případně paliativní péče a tišení bolesti. Nejedná se o hospicové zařízení, na lůžkovém oddělení jsou rozdílní pacienti, tuto možnost nemůže zajistit v plné míře.

R3: „...může to dělat i sestra, kdokoli má nějaké vzdělání z bazální stimulace a využívá to veškerý ošetřující personál. Tam už jde opravdu o to, aby ten člověk vlastně v tomto stadiu neměl bolest, aby se cítil bezpečně. Aby nebyl někde úplně izolován, aby nekoukal jenom do stropu. Takže se může dát na vozíček a přesunuje se. Mění se mu ta poloha z lehu do sedu. Může se zavést ven s vozíčkem, aby měl nějaký vjem z okolí. Samozřejmě tam hrají roli různé dotyky, polohování těla, vkládání různých věcí do dlaní, cokoli.“

Jak vnímají pracovníci jednotlivé metody – jaké jsou jejich přínosy a bariéry?

- **pozitiva vlivu užívaných metod na jedince vnímané pracovníky**

Respondentky se shodují na kladném působení na klienty, pokud se jim podaří najít oblast, kterou ještě dotyčný zvládá a dávají mu tak možnost zažít, že je ještě schopný, užitečný a hodnotný člověk. Aktivizace nutí člověka k činnosti, ze které může mít radost, musí hovořit, musí přemýšlet, je přítomna fyzická činnost. Pokud

klient projde adaptační dobou, kdy může reagovat uzavřením do sebe, odmítáním služby, většinou si dle respondentek zvykne, přijme režim, aktivizace i pobyt ve stacionáři a poté reaguje kladně. Vzpomínkové aktivity považuje R1 za vhodné pro lidi, kteří jsou zablokovaní nebo depresivní, většinou na ně dobře zapůsobí vybavení si pozitivních vzpomínek, na které můžou pracovníci navázat. Lidé s demencí se spíše vracejí k osobním zážitkům, proto se R1 domnívá, že je lepší pracovat v rámci vzpomínek individuálně. Člověk bez demence si vzpomene i na obecnější věci. R1 interpretuje slovo zlepšení jako nevyužívání svých schopností.

R1: „...když předtím byli dlouho doma a opravdu jen seděli a koukali na televizi celé dny, tak to pak vypadá jako zlepšení.“

R1 a R2 považují za úspěch, když se klienti moc rychle nezhoršují a vyzdvihují fakt, že progres onemocnění není tak rychlý, že se jim aktivizovat a zpomalovat progresi daří. Zkušenost je, že klient pobývá ve stacionáři průměrně rok a půl a pak už se nemoc zhorší, že jde do pobytového zařízení. Uvádí, že je možné, že se prodlužuje střední fáze, ale je to individuální. Neexistuje pravidlo, že by jedna fáze trvala určitou dobu a jiná takovou.

R2: „Někdo je samozřejmě hovornější, více se zapojuje, je to vlastnostmi člověka nebo i tou nemocí, v jaké je fázi, jaké jsou ještě jeho schopnosti. Snažíme se zapojovat právě dle jejich reakcí nějak všechny a co nejvíc. Někdy právě kvůli už té nemoci nebo povaze třeba se nezapojují, ale my je nenutíme, můžou třeba jen pozorovat ten děj nebo ten program. Zásadně nenutíme a snažíme se nabízet, vysvětlovat, ale pokud po několikátém nabízení a vysvětlení nechce, tak nemusí. Takže k nějakým negativním reakcím nedochází.“

Pracovníci respektují rozhodnutí klienta, ale většinou je to tak, že pasivní účastníci, když vidí příklad, zapojí se následně také. R1 preferuje pohybové aktivity a používání pomůcek, protože ty udržují pozornost a bdělost, cvičení tolik neuspává jako pouhé cvičení na židlích. Vyzdvihuje i působení přirozeného pohybu, procházek na čerstvém vzduchu, nejlépe alespoň v trvání 45 min. Z pozitivum pohybových aktivit považuje R1 udržení pohybové aktivity, soběstačnosti a následné zvládání přesunů doma. R2 zmínila, že i člověk s demencí je schopen naučit se novou věc, jako příklad uvedla naučení správné techniky hodu při pétanque.

R2: „...ona je pro nás aktivizace všechno, i třeba, že si jenom dojdou pro hrnek, že se vracíme od různých terapií k přirozeným denním činnostem, které považujeme taky za aktivizaci...že si připraví něco k jídlu, že dají na stůl, i to pečení.“

R1 sděluje, že se snaží zapojovat všechny, aby byli co nejaktivnější, aby měli co nejvíc činností po celý den, které jim vyhovují, dělají radost a můžou své schopnosti ještě uplatnit. Snaží se doplňovat aktivity i činnostmi pro konkrétní osobu. Vyzdvihuje také znalost biografie klienta, spolupráci s rodinou, kdy kvalita poskytovaných služeb je přímo úměrná znalosti života toho kterého klienta.

R1: „Když pán rád tančí, tak po obědě si dáme jeden taneček“.

Pro zvládnání neklidu se pracovníkům osvědčili jednoduché manuální činnosti jako je skládání ubrousků a jednoduché sporty, kdy motivujícím prvkem je kolektiv. R3 sděluje, že má dobrou zkušenost s muzikoterapií, zpíváním, rytmizováním, kdy je znát zlepšení slovní výbavnosti a činnost klienty baví. Dále je to trpělivý, vlídný, klidný přístup, úsměv a nadhled.

R3 využívá toho, že je fyzioterapeut, přes pohyb a motorickou aktivizaci se dostává následně k té mentální, vždy organizuje malou skupinku, aktivizační program je skupinový, skupina má moc podpořit slabší jedince. Myslí si, že obraz demence je mnohdy horší z nedostatku podnětů, snaží se aktivizací probudit inaktivitou utlumené schopnosti. Tvrdí, že člověk s demencí se sám neaktivuje, s čímž lze jen souhlasit.

- **bariéry vnímané pracovníky**

R3 si uvědomuje riziko špatného nastavení programu tak, aby nepřipomínal program pro mateřskou školu. Ač pracovníci vědí, že aktivizace rozvíjí schopnost komunikace a má všeobecně spoustu pozitivních aspektů na člověka, snaží se postupovat opatrně. Je nutné vyvarovat se zvýšenému hlasu, spěchu, hluku, chaosu, to vše dokáže lidi s demencí „rozhodit“. Zdůrazňuje důležitost formy komunikace a nutnost vysvětlit všechno jako dospělým lidem a ne si třeba jenom házet s balonkem, anebo omalovávat. Za důležité považuje jim celou situaci vysvětlit, proč a jaká činnost se bude dít. Snaží se vždy člověku alespoň laicky vysvětlit, proč by měl co dělat, což lze považovat za profesionální přístup.

R3: „...my zkusíme tady vymalovat ten obrázek kvůli tomu, abychom trénovali tu jemnou motoriku, šikovnost, abyste nepřetahovali“.

R3: „...on vám někdo, i ten člověk, který má prokazatelně demenci...a to se dá podle bodů otestovat a on vám třeba řekne, že není dítě, aby tohle dělal, řekne vám to navostro třeba“.

R1 považuje za negativní, když zdůrazní něco, co klient nemůže zvládnout a on může reagovat špatnou náladou nebo agresí.

R1: „Když je třeba jeden na jasně horším stupni kognitivních funkcí než ti ostatní, tak je pro něj fajn, že se může zapojit do nějakého házení kostek nebo něčeho, co nezávisí na těch schopnostech.“

Bariéry pohybových aktivit vidí R1 v koordinačně náročných cvicích, problematické je organizování procházek. Pokud jde jeden pracovník s pěti klienty, tak riziko představuje to, že se jeden vymkne kontrole. Když chodí jeden moc rychle, druhý moc pomalu, jak najít balanc? R1 si klade otázku, jak zajistit, aby něco nevyvedl nebo neutekl. Mně se stala podobná příhoda, když klient na procházce začal zvonit na zvonky a lomcovat vraty. Vyvolalo to psychickou nepohodu i v ostatních klientech, ale podařilo se zajistit bezpečný návrat.

R2 považuje za bariéru v přístupu ke klientovi zvýšený hlas, spěchání na klienta, moc věcí nebo podnětů najednou, také všechny možné výzkumy a testování. Riziko, aby si klienti neublížili při sportovních aktivitách, pocit selhání, neúspěchu.

R3 nemá na oddělení stálé klienty, proto považuje za nutné neustále přizpůsobovat techniky a přístupy měnící se klientele. Nelze používat dokola jednu techniku, protože na jednoho klienta je a na jiného není. Zároveň říká, že existují klienti, kteří se nikdy neadaptují na změnu prostředí.

R3: „...oni většinou, když jsou k nám přijati, tak jsou dezorientováni, neví kde jsou, proč tam jsou, co tam budou dělat a chtějí všichni domů, domů, domů a pak je stupeň, kdy se postupně adaptují a najednou jim to začne vyhovovat, ale pak jsou jedinci, kteří se vůbec neadaptují. Ty pak nemá cenu tu držet, oni strádají a pak jdou spíše domů. Zkoušíme týden nebo 10 dní a oni se pak zhoršují celkově i po té zdravotní stránce a to pak nemá cenu. Jako když malé dítě dáte do jesliček, někdo výborný a někdo to nezvládne.“

Které z pomůcek jsou nejvyužívanější?

- **kritéria výběru – účel, způsob použití, možnosti a schopnosti klientů**

R1 zmiňuje, že se podíleli na výrobě pomůcek pro ČALS, ale vyrábí si i další pomůcky sami, některé objednávají z firmy APOS. Podle způsobu využití lze pomůcky rozdělit na pomůcky pro cvičení – overbally, míčky, plavací nudle, kroužky, obruče, dále věci z běžného života – šátky, ručníky, houbičky. Hry pro dospělé – kuželky, pétanque, šipky, bollo ball. Z pomůcky pro kognitivní trénink používá sadu, kartičky s podnětovým materiálem, vlastní knihy a nápady, skládačky, obrázky, puzzle, domino, křížovky, zvukové materiály. Jedna z kolegyní využívá prvků arteterapie. Konkrétní výběr pro určitý den volí pracovníci podle složení skupiny a podle počtu klientů a jejich schopností, ne podle svých vlastních preferencí.



Obr. č. 13 – Aktivizační pomůcky

- **volba pomůcek**

Za klíčové považují respondentky měnit nabídku, udržovat program pestrý, zvolit co nejlépe pomůcky pro danou skupinu, aby to nebylo příliš lehké ani příliš těžké, ale stále smysluplné a důstojné. Odlišná situace je na lůžkovém oddělení, kde dochází ke kratší aktivizaci, ale intenzivnějšímu střídání činností i pomůcek, jak vyjádřila R3.

R3: „...za tu hodinu cvičím, zpívám, povídám, já nevím...básničky, čtu noviny, vyprávím a furt to musím střídat, oni vůbec neudrží tu pozornost tak dlouho.“



Obr. č. 14 – Rozpis her pro seniory



Obr. č. 15 – Tulipány vyrobené klienty

Kde a čím se pracovníci inspiroují při přípravě aktivizačních činností, jaká volí témata?

- **témata vycházející z biografie klienta – osobní**

Respondentky odpovídají shodně, že témata musí být pozitivní a musí vycházet z informací, které získají od rodinných příslušníků formou dotazníku. Jako příklad, který překvapil R1 uvedla, že jednu klientku nepředstavitelně rozčílilo, když po ní kolegyně chtěla, aby namalovala hrneček, aby ho jakkoli osobitě označila, protože ve stacionáři má každý svůj, ze kterého pak pije. Nikdy se nedozvěděli, co to v ní vyvolalo za asociaci. Tato situace svědčí o tom, že ani při nejlepší vůli se mnohdy nelze vyhnout konfliktu nebo nepříjemné konfrontaci. „Výhodou“ AN je, že si druhý den lidé negativní zážitek nepamatují.

- **obecná témata ze života**

Témata pro kognitivní trénink a reminiscenční aktivity vycházejí z věcí okolo nás, života samotného, zkušeností, z rodiny, zálib jedinců, povolání. Zahrnují i širší kulturní kontext – historické události, tradice, důležité životní milníky. Kognitivní rehabilitace u klientů s pokročilejší demencí vypadá odlišně, R3 vysvětluje každý

krok, co a proč je potřeba udělat. Inspirují ji samotní klienti tím, že ví, co je baví a jak jim program přizpůsobit.

R3: „*To děláme proto, abychom si zapamatovali, třeba, kde máme pokoj, co bude dobrýho k obědu, tak si to musíme spolu potrénoval.*“

- **inspirace získané prostřednictvím odborných periodik**

R1 sděluje, že si předplatila americký web pro aktivizační pracovníky, sama má hodně nápadů, čte, školí další zájemce v jiných zařízeních a čerpá inspiraci i od nich.

Jaký je vztah pracovníků ke vzdělávání v aktivizaci a jaké jsou jejich vlastní náměty a připomínky?

- **osobní motivace a plány**

R1 je vyjadřuje spokojenost se současným stavem a fungováním věcí na pracovišti. Je zároveň aktivní lektorkou a školitelkou. R2 využívá neobvyklých materiálů, přichází s novými nápady ke vzpomínkovým aktivitám a kognitivní rehabilitaci, kde se dá rozvíjet a vymýšlet cokoliv. R3 projevila na mé doporučení zájem o terapeutickou panenku a tím tedy i o zavádění nových metod. Podobné zkušenosti již získali s polštářkami a dobře reagují klienti i na malé děti, začnou s nimi automaticky komunikovat, přestože předtím vůbec nemluvili.

R3: „...*ať je to mlád'átko lidský nebo zvířecí, tak to je každéj najednou něžnej. Ať je mu třicet nebo osmdesát. Prostě to toho člověka tak nějak ovládne, ten ochrannitelský pud.*“

- **absolvované kurzy**

Všechny respondentky jsou průběžně proškoleny v rámci Gerontocentra a ČALS.

- **vnímané nedostatky**

Nedostatky spatřuje R1 ve způsobu provádění aktivizace v jiných domovech a zařízeních, kde je málo aktivizačních pracovníků na velký počet klientů. Uvádí, že někde je 50 klientů na 5 aktivizačních, což je dobré i pro individuální spolupráci a někde je na 150 klientů jeden aktivizační pracovník.

R3 upozornila na problém v komunikaci některých pečujících, kdy chybí motivace klienta a komunikace probíhá asi takto: „*ted' si budeme házet balónem*“ nebo „*ted' půjdeme malovat*“. Považuje za nezbytné klienty motivovat, aby museli o činnosti

přemýšlet a zapojit mozek. Dále upozorňuje na fakt, že když se pouze nechají něco mechanicky dělat, není to žádná aktivizace.

Jaké jsou preference klientů v souvislosti s aktivizačními metodami?

- **zájem klientů o aktivity**

R1 považuje za nejoblíbenější aktivitu klientů pečení, kuželky a pétanque. Lépe než cvičení hodnotí klienti i kognitivní trénink, společné luštění křížovek na terase v letních měsících a z pravidelných týdenních aktivit je to taneční terapie, kterou zajišťuje dobrovolník, muž, což také vytváří jinou atmosféru a energii, než když aktivity zajišťují pouze ženy. R3 si myslí, že klienti preferují cvičení a zpěv. Identifikovatelný zájem klientů je touha jít ven na procházku v době, kdy jsou hospitalizováni na oddělení, ale bohužel to není možné personálně zajistit. Některé rodiny berou klienty na procházku, ale ne vždycky a ne všechny, supluje tak nedostatečnou kapacitu personálu a nevýhodu umístění v patře, bez možnosti vyjít ven do bezpečného prostoru zahrady.

Existuje spolupráce s rodinnými příslušníky a jinými zařízeními v rámci aktivizace?

- **současný stav a možnosti spolupráce**

R1 říká, že se rodinných příslušníků ptají, co klienty baví, ale jinak je do stacionáře dávají proto, aby si od nich odpočinuli, proto se je ani nesnaží aktivně zapojovat do spolupráce. Občas se někdo z rodinných příslušníků nabídne jako pomoc při výletě nebo ve formě sponzorského daru na pomůcky. R1 jmenuje tři zařízení, která měli možnost navštívit v průběhu několika posledních let, ale jinak žádná kontinuální spolupráce a předávání poznatků a zkušeností neprobíhá. Možnost prohlédnout si jiná zařízení má díky zakázkovému školení jejich pracovníků

R2 hovoří o spolupráci na poznání klienta prostřednictvím dotazníků. Občas se konají setkání s rodinnými příslušníky, zástupci ostatních služeb Gerontocentra i s paní primářkou. Někdy iniciují informační schůzku sami rodinní příslušníci. Ze zařízení jmenuje ČALS, která poskytuje konzultace rodinným pečujícím na Čajových dýcháncích, jedná se o svépomocnou skupinu. Spolupráce probíhá rovněž mezi lůžkovým oddělením, osobní asistencí a domácí péčí v rámci Gerontocentra.

R3 sděluje, že málokdy se někdo přijde podívat na program, ale občas se najde někdo z rodiny, koho zajímá, co by mohli doma dělat. O spolupráci s jinými zařízeními hovoří v tom smyslu, že dříve se jezdilo na návštěvy, když vznikala jiná

zařízení, Gerontocentrum bylo jedno z prvních nebo úplně první. Lituje, že v současné době na to není čas, maximálně se lze s někým setkat na semináři, ale podívat se někam, to už není možnost.

R3: „*Je to vždycky nějaká inspirace a je to výborný...a pak člověk říká, já, tohle je bezva, to bysme taky mohli dělat.*“

5.4.3 PN Bohnice

V psychiatrické nemocnici v Bohnicích jsem navštívila Oddělení zdravotně sociální péče, kde jsem uskutečnila rozhovor s ergoterapeutkou a mohla se i přímo zúčastnit prováděné dopolední aktivizace.

Kteří z pracovníků se věnují aktivizaci?

- **zainteresovaní pracovníci a jejich kvalifikace**

Na oddělení, kde jsem prováděla šetření, jsem zjistila, že se skupinové aktivizaci věnuje jedna ergoterapeutka a individuálně pracují s klienty na pokojích pracovníci v sociálních službách, kteří provádějí masáže a povídají si s nimi.

Jaké důvody k užívání aktivizace považují pracovníci za nejdůležitější?

- **hlavní oblasti podpory – smysl aktivizace**

R4 považuje za hlavní smysl aktivizace podpoření soběstačnosti, udržení funkcí člověka a zachování jeho schopností.

- **potřeby klientů – řád, pravidelnost, kontinuita, jistota, stimulace, bezpečí, sociální vazby**

Na oddělení zdravotně sociální péče, dle sdělení R4, začíná aktivizace již od rána, dochází k nácviku soběstačnosti při ranní hygieně, oblékání, následuje podpora při stravování. Pravidelně a kontinuálně pracovníci pokračují v činnostech tak, aby zachovávali schopnosti klientů. R4 klade důraz na udržení chůze, snaží se, aby klienti chodili, aby neulehli a vydržela jim co nejdéle soběstačnost.

Jakých forem aktivizace nejčastěji využívají pracovníci v praxi?

- **aktivity zaměřené na zlepšení či udržení mentálního i fyzického stavu**

R4 sdělila, že nejčastěji využívanými aktivitami jsou trénování paměti, arteterapie, muzikoterapie a reminiscenční terapie. Při individuální práci využívají pracovníci masáže, rozhovorů s prvky reminiscence.

- **rozdělení aktivit podle počtu účastníků**

Dle zjištění pracovníci na zkoumaném pracovišti využívají forem individuální i skupinové práce s klienty, přičemž na skupinu dochází průměrně 10 klientů.

- **aktivity vhodné pro klienty v 1. a 2. fázi demence**

R4 vyjmenovává trénink paměti, arteterapii, muzikoterapii – zpěv, ruční práce, vaření a kondiční cvičení. Zdejší klienty ještě baví filmy pro pamětníky a procházky.

- **aktivity vhodné pro klienty v pokročilejší fázi demence**

R4 hovořila o 3. stupni demence, o pojmu 4. stadia terminálního neslyšela, proto jsem si informaci nadále ověřovala při všech rozhovorech a dozvěděla se, že ve zdravotnictví je užíváno 4 fází, ale stupně demence jsou skutečně tři. S klienty ve třetím stupni používají bazální stimulaci, masáže a rozhovorů, pouští jim uklidňující hudbu, anebo i televizi. Televize jako aktivizační prostředek by dle mého názoru měla být používána cíleně, třeba v rámci reminiscence a pouze krátkodobě. Byla jsem svědkem toho, že televize byla puštěna některým klientům v době dopolední aktivizace (kondičního cvičení a tréninku paměti), seděli a nezúčastněně se dívali v místnosti, která byla součástí jídelny a zároveň hlasitý zvuk rušil skupinku účastníků aktivizace sedící opodál, včetně mne. Domnívám se, že po ztlumení zvuku už ze sledovaného pořadu nemohli mít velký přínos.

R4: „A pouštíme jim tam i televizi, že natočíme postele a někteří se vydrží chvíli dívat.“

Z dalších forem využívají pracovníci trénink jemné a hrubé motoriky pomocí dřevěných skládaček. V rámci reminiscence si klienti prohlížejí fotografie a vzpomínají na hezké chvíle.

Jakým způsobem je aktivizace prováděna u klientů s demencí?

- **nabídka aktivizačních činností a kritéria pro výběr aktivity – počet klientů, charakter služby, místo konání, fáze onemocnění**

Dle informantky na skupinu dochází každý den jiný počet klientů, ale většinou se rozmezí pohybuje mezi 9 – 12 klienty. Skupinové aktivity se odehrávají v jídelně, která slouží i jako společenská místnost. Je zároveň průchozí místností pro kuřáky, pokud má někdo tu potřebu, může využít venkovních prostor s doprovodem.

- **využívané metody práce – skupinové, individuální**

Dle sdělení R4 se skupinová aktivizace týká klientů, kteří jsou v 1. stupni demence, klientům ve 2. a 3. stupni se věnují pracovníci v sociálních službách na pokojích individuálně, ve 3. stupni jsou již většinou upoutáni na lůžko, vhodné je provádět masáže a hovořit s klienty. R4 říká, že málokdy pracuje s klienty ve 2. stupni, častěji s těmi v 1. stádiu a ve 3. stádiu již nejsou schopni rozhovoru ani reminiscence. Komunikaci s klienty považuje za problematickou. Na otázku, jak dlouho může trvat 3. stadium, se dozvídám odpověď, že je to individuální, zvláště pokud je člověk ještě mladý nebo má třeba kardiostimulátor, může vydržet ještě dlouho.

R4: „*To už většinou vydávají jenom nějaký zvuk nebo opakuji jenom nějaké jméno. Třeba paní B. říkala jenom „Miloši“ a posledních 14 dní už říká jenom „mami“.* Takže jde vidět, že se vrátila už úplně do stadia, kdy byla ještě malá. Díky tomu vlastně poznáme, jak na tom jsou. Víme, že Miloš je její syn a teď už jenom „mami“, takže se vrátila do dětství, že to takzvaně „spadlo“. Nejsou schopni dát ani větu dohromady a někdy ani nevnímají, co jim říkáte, hodně jim to vysvětlujete, oni vám odkývají všechno, ale ta komunikace už tam hodně vázne.“

- **povaha jednotlivých aktivit**

Aktivity přizpůsobují pracovníci aktuálnímu zdravotnímu stavu klientů, všichni mají nějakou psychiatrickou diagnózu, ale nemusí mít kognitivní poruchu nebo pouze AN či jiný typ demence.

- **frekvence aktivit**

Dle šetření probíhají pravidelné denní aktivity na velké jídelně. Od 9:30 do 10:00 mají klienti možnost kondičního cvičení, které se koná denně ve stejnou hodinu, i o víkendu. V pondělí od 10:00 do 11:00 následuje trénování paměti (kvízy), v úterý

arteterapie, ve středu literární čtení na pokračování, ve čtvrtek pečení a vaření, v pátek trénování paměti, sobotu společenské hry a v neděli divácký klub (film pro pamětníky).

- **specifika provádění**

Klienti ve 3. stupni zde nejsou odděleni od ostatních, mohou se účastnit společných aktivit, bývají usazováni v polohovacích křeslech, když se koná pravidelná aktivita jako je „film pro pamětníky“. R4 uvádí, že aktivizace probíhá pravidelně v určitou hodinu a zároveň je i součástí péče, od rána jsou klienti aktivizováni v průběhu celého dne.

Jak vnímají pracovníci jednotlivé metody – jaké jsou jejich přínosy a bariéry?

- **pozitiva vlivu užívaných metod na jedince vnímané pracovníky**

R4 vidí přínos v podpoře soběstačnosti a snaze o udržení klientů ve společenském dění, stmelování ve skupině, vytváření pocitu domova. Vnímá problematiku jako velice individuální, pokud klienta činnost baví, dokáže si o ni říci i sám. Z činností, které klienty baví, jmenuje ruční práce, vaření, pečení, práci na zahradě, cvičení i tréninky paměti a procházky. Dále konstatuje, že se jim osvědčila technika bazální stimulace u klienta v terminálním stadiu. S klienty v 1. stadiu vypracovává individuální plán, na jehož základě zjistí, jaká činnost by klientovi vyhovovala. Poté, co má klient možnost věnovat se své oblíbené činnosti, při které se cítí dobře, neuzavírá se do sebe a cítí se potřebný. Jako pozitivní vidí R4 pozornost k potřebám klientů, to, že si s nimi někdo povídá, věnuje se jim, dává jim pocit, že někam patří. Z důležité považuje i denní činnosti, věnovat se nadále tomu, co dělali doma. Za kladné považuje reminiscenční prvky, klienti si leccos vybavují.

- **bariéry vnímané pracovníky**

R4 vnímá jako negativum to, že jsou klienti uzavřeni na oddělení a nemají možnost v 1. stadiu chodit venku, stěžují si. Snaží se motivovat a přesvědčit ty klienty, kteří chtějí raději ležet, k nějaké aktivitě, ale nutit je nelze.

R4 považuje za těžké rozpoznat podle výrazu obličeje klientů ve 3. stadiu jejich rozpoložení a zda mají o činnost ještě zájem. Hovoří spíše o změnách směrem k horšímu stadiu, než že by vnímala nějaká zlepšení. Spolupráci hodnotí jako dobrou, pokud přijdou v 1. stadiu, potom už to vidí jako „pád dolů“. 2. stupeň

hodnotí negativně, klienti dle ní nejsou schopni říct ani větu dohromady, vyjádřit, co by chtěli, neví k čemu je pastelka...říká, že už je zhoršení hodně znát.

R4: „*U té dvojky, tam už i on sám zjišťuje, že nedá dohromady určitou větu, už je to moc nebaví, už ani nevědí třeba, co s tím mají dělat...a i když vidí třeba tu aktivitu, tak k nám ani nejdou. Třeba tady vidíte paní F....tu nezabavíte, akorát ráda maluje, ráda trhala knížky.*“

R4: „*U některých vidíte, že už si nevzpomenou. Víte, že vám před měsícem odpověděli a teď už vám neodpoví.*“

Které z pomůcek jsou nejvyužívanější?

- **kritéria výběru – účel, způsob, možnosti a schopnosti**

Pro kondiční cvičení jsou na oddělení k dispozici míče, overbally, míčky, pro kognitivní rehabilitaci používají kufr „Sada pro kognitivní trénink“, dále R4 využívá knih J. Suché, kde čerpá inspiraci o trénování paměti. Pro výtvarné činnosti jsou k dispozici pastelky a modelína a je možné využívat i hudebních nástrojů do ruky. R4 se zmínila i o „dementní panence.“

- **volba pomůcek**

Na mou otázku, zda využívají na oddělení jiných kreativních než pomůcek pro malování, respondentka odpověděla následovně.

R4: „*Reminiscenční krabice neděláme, protože někteří klienti jsou tu jenom týden, někteří třeba dýl, ale nikdy nevíme, kdy se ozvou z domova seniorů, kam oni pak odcházejí. A hlavně, některý klienti ani nemají fotky a rodiny za nimi moc nechodí, takže nemáme pak na čem stavět. Jeden pán tedy kufrík má, ale ten mu vytvořila jeho dcera.*“

Kde a čím se pracovníci inspiroují při přípravě aktivizačních činností, jaká volí témata?

- **témata vycházející z biografie klienta – osobní**

R4 volí témata pro skupinovou práci z této oblasti - dětství, moje rodina, mládí. Pracovníci v sociálních službách mají více prostoru na to, aby se věnovali klientům individuálně a vzpomínali s nimi na jejich zážitky a zkušenosti.

- **obecná témata ze života**

Z obecných témat nejčastěji volí plesy, plesové sezóny a dobové oblečení a témata související s aktuálním ročním obdobím, významné dny a data.

- **inspirace získané prostřednictvím odborných periodik**

Informace respondentka získává z odborných knih, internetu nebo se řídí vlastní fantazií.

Jaký je vztah pracovníků ke vzdělávání v aktivizaci a jaké jsou jejich vlastní náměty a připomínky?

- **osobní motivace a plány**

R4 si vybírá kurzy a školení podle svého profesního zaměření, čte odborné knihy.

- **absolvované kurzy**

R4 se pravidelně účastní školení, absolvovala studium speciální pedagogiky.

- **vnímané nedostatky**

R4 je na oddělení pro 40 klientů sama.

Jaké jsou preference klientů v souvislosti s aktivizačními metodami?

- **zájem klientů o aktivity**

R4 sdělila, že všichni mají možnost zvolit si aktivitu, které se zúčastní, nikdo není nucen. Nejvíce preferují cvičení a trénink paměti, ten je podle respondentky baví z všeho nejvíce. R4 si myslí, že klienti nejsou schopni vyjádřit, zda by měli zájem o další aktivity, že to nevědí. Myslím si ale, že je to otázka správné pozitivní motivace.

R4: „Někteří, co jsou jakoby normální, tak si řeknou sami o práci nebo co by chtěli dělat nebo vytvářet, ale to jsou tak 3 ze 40. Jinak ostatní jsou na tom tak, že přijdou a jedou podle skupiny, sami si o nějaké rozšíření neřeknou. Občas něco zkusíme sami přidat a vidíme, že oni třeba 5 minut se toho účastní a pak odejdou, takže úspěšnost vidíme hned. Takže třeba to těm lidem už ani nenabízíme. Necháváme jim na výběr televizi nebo si se mnou sednout a něco vytvářet nebo si odejít na pokoj.“

Existuje spolupráce s rodinnými příslušníky a jinými zařízeními v rámci aktivizace?

- **současný stav a možnosti spolupráce**

R4 odpovídá, že spolupráce funguje, pokud rodina je spolupracující a má zájem o svého příbuzného, někteří přijdou někdy i něco společně vytvářet. Nejraději se účastní v létě i posezení na terase, kde probíhá trénink paměti v příjemnějším prostředí s výhledem do zahrady.

5.4.4 ÚVN – oddělení sociální péče

Domov se zvláštním režimem

V Domově se zvláštním režimem, který je součástí Ústřední vojenské nemocnice, svolily k rozhovoru dvě pracovnice, jež mají zkušenosti s aktivizací seniorů s demencí, jedna z nich je všeobecná zdravotní sestra s dlouhodobou praxí v geriatrii, která se nyní specializuje na skupinovou aktivizaci a druhá je zdravotně sociální pracovnice zaměřená na individuální aktivizaci seniorů.



Obr. č. 16 - Ergo místnost

Kterí z pracovníků se věnují aktivizaci?

- **zainteresovaní pracovníci a jejich kvalifikace**

Z rozhovoru s R5 vyplynulo, že začínala jako všeobecná zdravotní sestra na akutních odděleních, po mateřské dovolené se dostala na následnou péči, kde se po čtyřech letech začala specializovat na seniory s demencí. Absolvovala několik

kurzů, aby se mohla začít zabývat aktivizací. Zkoušela zavádět skupiny, kde zařazovala cvičení a zpěv, v současné době na oddělení pracuje jako aktivizační pracovník. R6 je zdravotně sociální pracovník a na oddělení pracuje jako aktivizační pracovník.

Jaké důvody k užívání aktivizace považují pracovníci za nejdůležitější?

- **hlavní oblasti podpory – smysl aktivizace**

R5 sděluje svůj pocit, že takto může dávat lidem víc, vždy jí vadilo při návštěvách různých domovů pro seniory, že ti lidé jenom leží a rozhodla se osobně k situaci přispět a začít věci měnit. Stáří vnímá pozitivně, jak lze poznat v následující větě.

R5: „*Myslím si, že i na sklonku života mohou lidé něco zažít, to stáří nemusí být o tom, že jenom sedím, ale že najdu kamarády, že ještě v té skupině něco zažiju nebo se i naučím. Kdo tvrdí, že si nepamatuje, tak si pamatuje.*“

Jako hlavní smysl vidí zlepšení ve všech oblastech, motoriky, chůze, koordinace pohybů, rozpoznání. Myslí si, že není důležité, aby klienti věděli, co je za den, ale aby udrželi sociální kontakt s ostatními. Co považují obě respondentky momentálně za velmi pozitivní a výjimečný stav, je současná skladba klientely, kdy se všichni znají jako váleční veteráni, vládne zde přátelská až rodinná atmosféra, klienti mají „partu“, schází se a povídají si, čekají na sebe, aby někdo nechyběl, pokud se odehrává nějaká aktivita.

R5: „*Ted' tady máme to oddělení takový lepší no, ale musíme počítat s tím, že se ty lidi taky časem zhoršej, že budou taky zase už jenom ležet, ted' máme asi 5-6 ležících ze 40.*“

R6 vidí největší prospěch v oblasti komunikace, rozvoji slovní zásoby a sociálních vazeb.

R6: „*...chodí společně, vždycky je zavoláme a už si hlídaj, jestli jdou všichni...ale za tu dobu co tu jsem, se nám to, asi bych řekla, povedlo poprvé, máme štěstí.*“

- **potřeby klientů – řád, pravidelnost, kontinuita, jistota, stimulace, bezpečí, sociální vazby**

Obě respondentky kladou důraz na pravidelnost v aktivizacích, podnětné prostředí, aktivity přizpůsobené tak, aby byly vyhovující pro klienty ve věkové skupině 90+. Vzhledem k tomu, že jsou zde váleční veteráni, hledají se tu staří známí, mají na

sebe čas, jsou znát i hlubší sociální vazby. R6 tvrdí, že klienti s demencí nejvíc potřebují řád dne a stimulovat.

Jakých forem aktivizace nejčastěji využívají pracovníci v praxi?

- **aktivity zaměřené na zlepšení či udržení mentálního i fyzického stavu**

Obě aktivizační pracovnice i pracovníci v sociálních službách využívají v péči o klienty bazální stimulaci, kinestetickou mobilizaci, vyrábí keramiku, společně vaří a pravidelně probíhá i canisterapie. Z aktivit zaměřených na zlepšení psychické kondice jmenují kognitivní trénink a muzikoterapii, kdy 1x za 14 dní chodí společně s kaplanem zpívat do nově otevřené kaple, uvažují i o založení sboru.



Obr. č. 17 - Kartička na kognitivní trénink



Obr. č. 18 - Ergo místnost

- **rozdělení aktivit podle počtu účastníků**

R5 sděluje, že využívají nastejno obou forem aktivizace, skupinové i individuální, kdy za klienty chodí na pokoje.

- **aktivity vhodné pro klienty v 1. a 2. fázi demence**

R5 poznamenává, že jsou to vlastně všichni klienti, kteří zde momentálně jsou a oceňují možnost účastnit se všech skupinových aktivit. Skupiny bývají zaměřené na tréninky paměti, zpívání, pohybové aktivity, klienti chodí do keramické dílny, vaří, připravuje se „kavárna“ s posezením u kávy, kde mají možnost zkonsumovat, co společně dopoledne upekli. Oblíbené jsou i aktivity odehrávající se venku, u altánu nebo procházky.

- **aktivity vhodné pro klienty v pokročilejší fázi demence**

V pokročilé fázi využívají respondentky již zejména individuálního přístupu, maximálně si berou dva lidi k sobě a s těmi intenzivně pracují. Individuálně probíhá cvičení na lůžku, některé fyzické aktivity, bazální stimulace i kognitivní tréninky. R6 dodává, že u třetího stupně se musí aktivizace přizpůsobit tomu, co ten člověk zvládne, protože ten někdy zvládne to, co druhý ve druhém stádiu ne, vhodnou formou je smyslová aktivizace, bazální stimulace, kinestetická mobilizace, ale i procházky venku nebo alespoň pobyt na terase.



Obr. č. 19 - Hmatové pytlíky pro smyslovou aktivizaci

Jakým způsobem je aktivizace prováděna u klientů s demencí?

- **nabídka aktivizačních činností a kritéria pro výběr aktivity – počet klientů, charakter služby, místo konání, fáze onemocnění**

Z odpovědí respondentek vyplynulo, že na oddělení pobývá aktuálně celkem 40 klientů v 1. a 2. stupni demence, z nichž ne všichni mají vždy zájem účastnit se skupinových aktivit, těm se pak pracovnice přizpůsobují a věnují individuálně. Na skupině zaměřené na kognitivní trénink by nemělo být více než 10 lidí, pokud se jich sejde 15, situaci řeší pracovnice operativně a účastní se obě dvě, jedna vede

skupinu a druhá „napovídá“ klientům, kteří nedoslýchají. Stává se, že na kondičním cvičení se sejde až 20 lidí, ale to je maximální počet kvůli prostorovým možnostem. Oddělení disponuje speciální místností, kterou R5 a R6 nazývají ergo místností, dále je využitelným prostorem jídelna, kterou lze přizpůsobit, vystěhovat a proměnit v tělocvičnu. Jediné rozdělení do skupin, které zmínila R5 je skupina tréninku paměti, kdy v pondělí chodí aktivnější klienti a ve čtvrtek s pokročilejší demencí. Všechny dalších aktivit se účastní klienti společně, vidí, že někdo je na tom zdravotně lépe a někdo hůř.



Obr. č. 20 - Jídelna

- **využívané metody práce – skupinové, individuální**

Aktivizační pracovníce ve zkoumaném domově se zvláštním režimem využívají jak metod skupinové práce, tak individuální práce, vždy podle potřeb klientů. Skupinu tréninku paměti pro klienty s pokročilejší demencí vedou dvě pracovníce, je zapotřebí větší nápovědy.

- **povaha jednotlivých aktivit**

R5 sděluje, že individuální plánování probíhá na pokoji, stejně jako cvičení na lůžku nebo testování pomocí MMSE testu. Je možné využít pro individuální činnost soukromí speciální místnosti, která se nalézá před vstupem na terasu, ale je využívána pouze sporadicky. Aktivity, které pracovníce využívají, se navzájem prolínají, kombinují, aby bylo možné najít cestu ke každému jednotlivci. I komunikaci je nutné přizpůsobit na míru.

R5: „U někoho platí i to, že jsou to plukovníci, jsou to vojáci. Musí se prostě zavolat „Pozor...pochodem vchod!“. Jinak ty povely začínají fungovat, když už nic nepomůže. Protože vím, že to dokážou, dodat jim takový ten pocit „vy to dokážete.“

- **frekvence aktivit**

Aktivizace dle sdělení R6 probíhá pravidelně a je zároveň součástí péče, což znamená, že se jedná i o nácvik denních činností, hygieny, hygieny u umyvadla, příjem svého pití. Dle R5 klienti musí mít pravidelný program, vědí, že v pondělí ráno je „paměť“ a pak následuje cvičení. Poznamenává, že nepravidelnost nebo nepředvídatelnost událostí, změny programu, dokáží klienty i personál vykoledit. Canisterapie může proběhnout kdykoliv, protože nemocnice má svého canisterapeutického psa, zároveň dochází dva psi pravidelně v pátek. Představu o frekvenci ostatních aktivit dokresluje obrázek č. 23.

	Po	Út	St	Čt	Pá
8 – 11hod	INDIVIDUÁLNÍ PRÁCE S KLIENTY	INDIVIDUÁLNÍ PRÁCE S KLIENTY	INDIVIDUÁLNÍ PRÁCE S KLIENTY	INDIVIDUÁLNÍ PRÁCE S KLIENTY	INDIVIDUÁLNÍ PRÁCE S KLIENTY
11 – 12hod	Trénink paměti s Bárou Ergo místnost	Keramická dílna 1. patro s Irenou, Bárou a Sylvou	Péče a vaření jídelna A s Irenou, Bárou a Sylvou	Trénink paměti s Irenou Ergo místnost	Canisterapie Léčebný kontakt psa a člověka Winky
14 – 15hod	INDIVIDUÁLNÍ PRÁCE S KLIENTY	INDIVIDUÁLNÍ PRÁCE S KLIENTY	INDIVIDUÁLNÍ PRÁCE S KLIENTY	INDIVIDUÁLNÍ PRÁCE S KLIENTY	INDIVIDUÁLNÍ PRÁCE S KLIENTY
15 – 17hod	Kondiční cvičení v sedě s Irenou jídelna A	Zpívání s panem kaplanem v kapli 1 x za 14 dní	Kavárna jídelna A	Kondiční cvičení v sedě s Bárou jídelna A	

Obr. č. 21 – Rozpis aktivit na oddělení sociální péče ÚVN

- **specifika provádění**

R6 sděluje, že rehabilitační vyšetřování provádí ještě jedna kolegyně, zdravotní sestra, která absolvovala kurz kinestetické mobilizace. Jsou tedy v týmu tři, kromě pracovníků v sociálních službách, péči si rozdělují a přizpůsobují mezi sebou. Odlišnou organizaci vyžaduje například pořádání výletu, kdy je zapotřebí zajistit dopředu i dobrovolníky, příprava trvá 1 – 2 hodiny. Specifikum tohoto oddělení je to, že se musí počítat s návštěvami z Ministerstva obrany, protože klienti jsou

váleční veteráni. Tato událost je dopředu ohlášena, klienti si na sebe vezmou uniformy a pravidelné aktivity je třeba v tuto dobu odložit.

Jak vnímají pracovníci jednotlivé metody – jaké jsou jejich přínosy a bariéry?

- **pozitiva vlivu užívaných metod na jedince vnímané pracovníky**

R5 pozoruje zájem a těšení klientů na aktivizace, říká, že už v pondělí spolu klienti hovoří a vzájemně se domlouvají, kam půjdou. Nezůstávají někde bezprizorně sedět. Popisuje situaci tak, že se cítí mezi svými vrstevníky dobře, velmi dobře se adaptují na pobyt díky tomu, že se znají.

R5: „Mě potěší, když ty lidi mají radost...když se sejdem, tak jsme jako druhá rodina. Přínos je, jak jsem říkala, že ty lidi nezůstanou jenom koukat a neodcházejí tak, že by odešli úplně a nevěděli, kdo jsou...nebo, že by se tu nudili.“

Zlepšení vidí i po pravidelném kognitivním tréninku, pokud klient chodí 1-2x týdně, dochází ke zlepšení i v testu MMSE. Dalším pozitivem je dosažení dobré fyzické kondice, která je způsobena rovněž pravidelným cvičením.

R5: „Opravdu jsou v kondici, kdy my přidáváme s R6 minuty...řikam, dneska vydrželi 40minut, to prostě je už neuvěřitelný, co vydržej. Je vidět v tom ta pravidelnost. Protože choděj ven, to taky je potom znát, nejsou jenom izolovaný, zavřený.“

R6 hodnotí celkovou zkušenost kladně, klienti jsou podle ní nadšení, aktivní, rádi se účastní všech aktivit, chodí na ně s chutí, rozvrh si hlídají, jsou podle ní úplně spokojení a to se odráží i na vnímání pracovníků. Pracovníci se snaží udržet klienty ve stavu, aby zvládali základní denní činnosti, spolupracovali s personálem, dodržovali režim den a noc. Aby se přes den unavili a v noci spali. Z jednotlivých technik jmenuje bazální stimulaci v kombinaci s uvolňující masáží, což dokáže člověka zklidnit a navodit příjemné pocity. Za povšimnutí stojí i zlepšení komunikačních schopností po trénincích paměti, pozitivně působí písň z mládí, které klienti zpívají s kaplanem a v neposlední řadě i efekt terapeutické panenky, kterou si R6 vypůjčila z oddělení následné péče. Viděla jsem klientku, která znepokojeně běhala po oddělení a hledala děti. Poté, co dostala do ruky terapeutickou panenku, rozzářila se, držela ji na klíně, hladila ji a upravovala jí šatičky. Neklid zmizel a s panenkou vydržela sedět ještě hodinu.

R6 dodává, že je možné pozorovat mírné zlepšení, ale vzhledem k progresivnímu charakteru syndromu demence, je to vždycky na chvíli. Spíše podle ní nedochází k tak rychlému zhoršení a daří se lidi držet nějakou dobu v dobré formě.

R6: „*Já si myslím, že pozitivní vliv je v tom, že ty lidi nám drží pořád jakoby na stejné úrovni, že se rapidně nehorší. Třeba i dva/tři roky to zvládnou, pokud nedojde k nějakému akutnímu onemocnění nebo úrazu.*“

- **bariéry vnímané pracovníky**

Jako možnou bariéru zmínila R5 situaci, kdy klient činnost jednou vyzkouší a už nechce přijít, pracovat a komunikovat s ním individuálně lze ale vždycky. Problematictější se R5 zdá i umístění ve 3. patře, což neumožňuje klientům dostat se ven tak často, jak by chtěli. Tento nedostatek se pak snaží kompenzovat ošetřovatelé během víkendu, dojdou s klienty nakoupit nebo se jenom projít. Negativně působí na klienty hlučné prostředí.

R5: „*Občas si stěžují klienti na hluk, to spíš, že jsou váleční veteráni, tak jsou na to citlivější, třeba na bouchání dveřma.*“

R5 říká, že někdy je posuzován zdravotní stav jako zhoršení, ale ve skutečnosti může jít například o akutní močovou infekci, kdy klient týden předtím začne být zmatený, onemocnění se prolínají, ale po залечení se navrátí do původního stavu. Demence se většinou rozvíjí postupně, ne v náhlých skocích.

R6 informuje, že na každého působí pozitivně a negativně něco jiného podle osobnosti klienta. Říká, že canisterapii taky nemusí každý, jsou lidé, kteří nemají rádi psy, bojí se jich. Někomu může vadit, že je pes v bytě. Někomu není příjemné pracovat s hlínou, nechce si špinit ruce. Někdo nerad vaří. Ale většina respondentů se shoduje na dobrých zkušenostech se cvičením a kognitivními tréninky. Lze říci, že tyto aktivity mají rádi téměř všichni klienti.

Které z pomůcek jsou nejvyužívanější?

- **kritéria výběru – účel, způsob, možnosti a schopnosti**

R5 sděluje, že využívají žebřiny, motomed, na kterém se dají cvičit nohy i ruce, klient přijede s křeslem a šlape jako na kole. Z dalších pomůcek to jsou overbally, pomůcky pro bazální stimulaci, tabule a různé kartičky vlastní výroby, sady pro kognitivní trénink, pomůcky, které rozvíjí hmat, pomůcky k masážím. Na otázku o

reminiscenčních kufrech nebo krabicích odpověděla respondentka, že se jim ještě nepodařilo přesvědčit příbuzné, aby něco přinesli. Klienti zde mají reminiscenční celý pokoj, mají tam fotografie nebo předměty, které měli rádi, svoje křesla, skříně jsou vestavěné. R5 vyrobila univerzální reminiscenční krabici, jednu pro ženy a jednu pro muže. Říká, že ženy se v předmětech v ní obsažených rády „přehrabují“.



Obr. č. 22 – Reminiscenční krabice pro dámy



Obr. č. 23 - Reminiscenční krabice pro pány

- **volba pomůcek**

Pomůcky pracovníci volí z výše uvedených dle plánované aktivity, nepoužívají ve větší míře výtvarné pomůcky nebo techniku malování, přesto nazdobili kraslice. Využívají místo toho práci s hlínou, keramikou. 1x za měsíc dochází dobrovolnice, která přináší nové techniky na vyzkoušení, naposledy to bylo omotávání láhve provázkem.



Obr. č. 24 – Korále pro trénink jemné motoriky



Obr. č. 25 - Ergo stolek

Kde a čím se pracovníci inspiroují při přípravě aktivizačních činností, jaká volí témata?

- **témata vycházející z biografie klienta – osobní**

Respondentky zmínily osobní témata v souvislosti s tím, že musí dávat pozor a vybírat s rozvahou, válečná léta jsou pro klienty citlivým tématem. Jedné klientce nedávno zemřel manžel, pracovníci se snaží proto tématu vyhnout, že je to ještě nezpracované, ale vnučka jí ho při návštěvách připomene. Pracují pravidelně s fotografiemi ze života klientů, s informacemi, které už klienti mají a znají. Klienti se neučí nic nového, ale v případě, že se něco chtějí dozvědět, pracuje se s tím.

- **obecná témata ze života**

Pracovnice se inspiroují ročním obdobím, světadíly, věcmi, které nás obklopují, před mojí návštěvou zrovna probírali školu a školní léta, vzpomínky na školu, učitele, oblíbené a nenáviděné předměty. Vděčným tématem jsou i svatby, pohřby nebo

v souvislosti s podzimem „dušičky“ a jiné svátky a významná data. Dále je inspirují barvy, chutě, jak co funguje, jak to vypadá, co kam patří.

- **inspirace získané prostřednictvím odborných periodik**

Na oddělení se hodně využívají sešity „Cvičte si svůj mozek“, které tvoří jakousi základnu pro kognitivní trénink. Dalším zdrojem jsou semináře pořádané Českou společností pro trénování paměti, vlastní materiály, internet.

Jaký je vztah pracovníků ke vzdělávání v aktivizaci a jaké jsou jejich vlastní náměty a připomínky?

- **osobní motivace a plány**

Obě respondentky mají zájem na kontinuálním vzdělávání, jedna je zároveň koordinátor, druhá metodik, školí si klíčové pracovníky, sledují novinky v oboru a mají zájem na jejich zavádění do praxe. Například po účasti na semináři a získání poznatku, že je lepší uzavřít kruh účastníků, kruh uzavřeli a pravidelně se účastní aktivit 15 lidí. Pokud někdo nechce chodit, může ho vystřídat další.

Ze stávajícího oddělení vznikne v dohledné době normální domov pro seniory a o patro níž bude současný domov se zvláštním režimem, kde budou dvoulůžkové pokoje a 2-3 jednolůžkové a zároveň „oáza“, kterou blíže specifikují níže.

- **absolvované kurzy**

R5 i R6 se pravidelně účastní seminářů, konferencí, absolvovaly kurzy bazální stimulace a kinestetické mobilizace, jedna je trenér paměti 2. stupně, druhá trenér paměti 3. stupně, R6 se zúčastnila semináře o validaci, má psychoterapeutický výcvik.

- **vnímané nedostatky**

R5 i R6 poznamenává, že se potýkají s malým prostorem a podle posledních poznatků se ukazuje, že jednolůžkové pokoje nejsou vhodné pro klienty s demencí, že jsou lepší dvoulůžkové a že v konečných fázích demence není úplně vhodné, aby byli úplně sami na pokojích. Podle zahraničních zkušeností a forem péče ve Švýcarsku profitují klienti z „oáz“ a společenství. Skupinová péče je o tom, že lidé mají možnost udělat si soukromí a podmínkou je, že jsou v posledním stádiu demence.

Dále poznamenává R5, že chybí časový prostor pro častější pořádání bálů, akcí v altánu, grilování. V případě výletu je zapotřebí zajistit další personál, aby byl na jednoho klienta jeden člen personálu.

Jaké jsou preference klientů v souvislosti s aktivizačními metodami?

- **zájem klientů o aktivity**

Dle R6 jsou tréninky paměti, cvičení a zpívání „top“. Respondentky zmiňují, že by byly lepší častější procházky venku. O víkendu někdy klienti hrají šachy nebo se podívají ven za doprovodu ošetřovatelů.

Klienty baví, kromě všech aktivit dříve zmíněných, i pohybové hry s velkým balónem. Sedí v kruhu, posílají balón sousedovi, aby ho poznali, usmějí se na něj, zamrkají, představí se nebo další možností je balón posílat dokola nebo kopat.

R5: *„To pak kopou, který nohou nehejbne, ale kopne, aby se předved. Pán mi to vykop tak, že paní do obličeje. To oni se pak rozjedou.“*

Někteří z klientů mají rádi trénink paměti, ale na cvičení už nepůjdou. Záleží na tom, jestli byl někdo celý život studijní typ, tak bude pokračovat a účastnit se tréninku paměti. Někdo zase rád cvičil a chodil na procházky, proto se snaží pracovníci, aby se oblíbeným činností mohli věnovat i nadále, vychází z biografického přístupu a jejich životopisu i z dotazníku o jejich životě.

R5: *„To je opravdu o tom individuálním přístupu. Jedna paní tady chodí jenom na trénink paměti a pak chodí na mši. Nic jinýho nechce, protože si jinak čte a zabaví se sama.“*

O mnou zmíněném případném rozšíření aktivit si R6 myslí, že momentální nabídka věkové skupině 90+ je dostačující. Trénink paměti, cvičení, keramika, zpívání s panem kaplanem, vaření, kavárna, canisterapie, to už je poměrně hodně.

Existuje spolupráce s rodinnými příslušníky a jinými zařízeními v rámci aktivizace?

- **současný stav a možnosti spolupráce**

R5 sděluje, že jsou zapojeni nebo pomáhají s oslavami, občas jedou společně na výlet nebo se někdo z příbuzných přijde podívat na trénink paměti, zda je to v pořádku.

R6 naopak říká, že nemají úplně dobrou spolupráci s rodinnými příslušníky, ale je to možná dáno tím, že klienti pocházejí z celé republiky, jejich děti už jsou také senioři, ale najdou se i tací, kteří si klienty berou domů a snaží se je aktivizovat.

R5 i R6 odpověděly, že nespolupracují s žádným jiným zařízením.

5.4.5 Alzheimercentrum Průhonice

Pracovnice z Alzheimercentra jsem oslovila na I. ročníku mezinárodní konference na téma Specifika péče o pacienty s demencí, kterou pořádala Asociace poskytovatelů péče pro pacienty s demencí ve spolupráci se skupinou ALZHEIMERCENTRUM. Jedna z aktivizačních pracovníků byla i aktivní přispěvatelkou k tématu se svým vstupem o arteterapii a motogeragogice.

Kterí z pracovníků se věnují aktivizaci?

- **zainteresovaní pracovníci a jejich kvalifikace**

Aktivizačními činnostmi se ve sledovaném zařízení speciálně věnují ergoterapeutky, které připravují programy a stejně tak všichni ostatní zaměstnanci během běžných denních aktivit. To znamená, nejen sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách, ale i třeba uklízečky.

Jaké důvody k užívání aktivizace považují pracovníci za nejdůležitější?

- **hlavní oblasti podpory – smysl aktivizace**

R7 zdůraznila fakt, že je především nutné využívat aktivizaci, ne pouze vhodné. Ve shodě s ostatními respondenty hovoří o důležitosti udržení pocitu, že jsou klienti ještě schopni, aktivizace jim umožňuje rozvinout nevyužívané schopnosti a zpomaluje průběh progresivního onemocnění.

- **potřeby klientů – řád, pravidelnost, kontinuita, jistota, stimulace, bezpečí, sociální vazby**

R7 si myslí, že aktivizace příznivě působí na vytváření sociálních vazeb. Člověk přicházející do instituce si teprve musí nějaké sociální kontakty vytvořit a různé formy aktivizace jsou přirozenou cestou, jak toho docílit.

R7: „Nedávno jsem byla svědkem toho, jak tři dámy na jednom pokoji, přičemž tam ty stupně se jednotlivě lišily...měla jsem nečekaně noční službu jako pracovník

v sociálních službách a na pokoji dámy popíjely společně kávu z jednoho hrníčku. Vytvořily si tam neuvěřitelný dámský klub. Vzhledem k tomu, že s těmi klienty pak pracuji během dne, tak vidím, že si nejsou vyrovnaný, rovný, rozhodně to není rovnocenný, ale tam si vyhověly navzájem a označují se za kamarádky.“

R8 vidí smysl aktivizačních činností, kterým se věnuje v uvědomění si těla, vlastního já, vlastní osobnosti, **hodnoty člověka**, pomáhá klientům přijímat pozitivně tělo, vyvolávat vzpomínky a přijmout svůj život i zachovávat co nejdéle soběstačnost.

Jakých forem aktivizace nejčastěji využívají pracovníci v praxi?

- **aktivity zaměřené na zlepšení či udržení mentálního i fyzického stavu**

R7 z mnohých forem nejraději využívá reminiscenční terapii, práci s drobnými předměty pro nácvik jemné motoriky a zejména se pak snaží působit v rámci denních běžných činností na klienty tak, aby zvládali co nejvíce úkonů sami, což se shoduje i s přístupem prof. Böhma, podle kterého by klienti neměli být přepečováváni. V praxi to vypadá tak, že klienta vyzve a dopomůže mu.

R8 využívá nejvíce motogeragogiku a arteterapii, forem, ve kterých je obsažena i reminiscence, trénink paměti, vše je vlastně součástí jejích aktivizačních činností. Základem motogeragogiky je, že pohyb fyzický vyvolá i pohyb myšlenkový.

R8: *„To prostě je, že tleskáme, zvedáme nohy, házeme...házení si zachovávají zhruba tak jako nejdéle. Já mám třeba pytel plný překvapení, tam mám utěrky, plátěnou tašku...a když přijdu, tak začínáme tím, že jim to nejdřív jenom hážu.“*

Cvičení se dle R8 musí přizpůsobit schopnostem, cvičí se pravidelně a v kroužku. Říká, že úspěšnost terapie je dána pravidelností a lidé s AN jsou schopni naučit se i nové věci, když je aktivita pravidelná, vnitřní hodiny se to naučí.

R8: *„I jenom to, že sedí pokaždé u stejného stolu na tom samém místě, i to těm klientům dává jistotu.“*

- **rozdělení aktivit podle počtu účastníků**

Ergoterapeutky využívají skupinových i individuálních forem aktivizace podle vlastních možností a potřeb klientů. Obě formy vyžadují odborné znalosti, schopnost aplikovat různé techniky.

- **aktivity vhodné pro klienty v 1. a 2. fázi demence**

R7 tvrdí, že jednoznačně lze ve všech fázích využívat reminiscenci, rozdíl je jen ve formě, způsobu dále smyslové aktivizace jakýmkoliv způsobem. Klient v 1. a 2. stupni může například rozpoznávat a určovat koření formou vaření.

R8 sděluje, že klienti mají možnost využívat obrovskou zahradu, která je součástí komplexu, chodí na procházky do Průhonického parku, do cukrárny, jezdí s nimi na výstavy, byli v muzeu hudby, na výletě u Kutné hory. Cestou z výletu je možné zastavit se v restauraci. Kavárna i cukrárna je součástí poskytovaných aktivizací a koná se 1x za 14 dní.

- **aktivity vhodné pro klienty v pokročilejší fázi demence**

R7 říká, že smyslová aktivizace u klienta ve 3. fázi pak má formu podávání, přikládání kořenky k nosu. Aktivizace se tak liší pouze v přístupu. Individuální reminiscence je zacílená přímo na konkrétní prožitky daného člověka. S klienty, kteří již mají hodně velký úbytek kognitivních funkcí, se pracuje především působením bazální stimulace, což už je ale více zdravotní péče než sociální. Pracovníci využívají protahování, nácviku chůze, masáží. Vhodným způsobem se R7 zdá být zařazení i méně aktivního člověka mezi ty aktivnější, protože i on vnímá a jakýkoliv podnět pro něho může být přínosem. Takový klient může při terapeutickém pečení pouze sledovat proces.

Jakým způsobem je aktivizace prováděna u klientů s demencí?

- **nabídka aktivizačních činností a kritéria pro výběr aktivity – počet klientů, charakter služby, místo konání, fáze onemocnění**

Vzhledem k tomu, že aktivizace prostupuje veškeré činnosti od probuzení až po uložení ke spánku, probíhá ve všech místnostech a prostorách. V zařízení se nachází i terapeutická pláž, kde jsou speciální fototerapeutická světla, která dobře ovlivňují zejména depresivní stavy. Z dalších místností je to knihovna, reminiscenční místnost s předměty připomínajícími staré časy pracovní ateliér, dílnička nebo kadeřnictví. Jídlna pak slouží jako velká univerzální společenská místnost. R8 konstatuje, že všude v těchto místnostech se provádí aktivizace.

- **využívané metody práce – skupinové, individuální**

Aktivizační pracovníci v daném zařízení využívají všech dostupných forem. Podle typu terapie se počet účastníků pohybuje v rozmezí od jednoho až po dvacet.

- **povaha jednotlivých aktivit**

Respondentky apelují zejména na pravidelnost aktivit pro dosažení maximálního účinku, řád a jistotu. **Řád, jistota a rivalita znamená při diagnóze demence pevný bod.** Při pořádání kavárny/cukrárny R8 sděluje, že ji uspořádali ve francouzském duchu, vzali si na sebe kostýmy a pouštěli šansony pro dokreslení autentické atmosféry.

R8: „*Občas chodíme i do péče, abychom si udrželi kontinuitu té práce. Třeba, když ukládám klientku a ona chce pusou, tak dostane pusou na čelo. Je zvyklá usínat s pusou na čelo, takže v tom dál pokračujeme. Takže tohle je taky aktivizace. Je to její rituál, její zvyk.*“

- **frekvence aktivit**

R7 sděluje, že aktivizace je součástí péče, ale existují i typy aktivizací, které se konají pravidelně jako je bohoslužba nebo odpolední promítání filmů.

- **specifika provádění**

Aktivit se mohou účastnit i lidé bez kognitivní poruchy nebo rodinní příslušníci. Není rovněž od věci, pokud jeden typ terapie dělá několik lidí, každému klientovi vyhovuje jiný typ člověka. R8 se vyjádřila i k dotyku, který jsem pozorovala při validaci, že je to v pořádku a už od kojence jsme všichni zvyklí na dotyky. Každý má ale svůj osobní prostor, který je třeba respektovat, nelze ho automaticky překračovat.

R8: „*A my taky nejdeme hned za tím klientem a neobjímáme ho.*“

R8.: „*...klientka, která byla ve své bublině a kdo jí tu bublinu narušil, už ho bila. Jako komára odháněla a tak...stalo se mi, že mě táhla za vlasy přes celou chodbu, ale byla to moje chyba, můj špatnej přístup. A dopracovala jsem to postupně...nejdřív kontaktní místo, iniciační dotek, tím vlastně na sebe upozorňujete. „Dobrý den, jak se daří?“, tím začínám. Nebo podání ruky, na to reaguje kupodivu každý? Dobrý den, já jsem ...“ koukaj a najendu automaticky podvědomě zvednou tu ruku a podaj vám ji taky.*“

R8 si uvědomuje, že musí pracovat podle reakcí člověka. Demence vlastně způsobuje to, že člověk s postupující chorobou se odpojuje od toho, co je kolem a uzavírá se ve svém světě.

R8: „Je najednou, opravdu jako kdybyste byla v tý své bublině. A ke mně takhle někdo přijít a „Ukažte, já vám utřu zadek...“, tak ho taky prásknu, to je narušení mého prostoru. Já nesnáším, když někdo říká, že ten klient je agresivní...žádný člověk dementní není agresivní. Není, on se jenom brání. To není agrese. Agrese je, když chci někomu ublížit záměrně.“

Dále R8 hovoří o důležitosti znalosti biografie klienta, jeho zvyků, rituálů a maličkostí, co zpříjemňují každodenní život. Je důležité vědět, jestli upřednostňuje k snídani kávu nebo čaj, jak si přeje mít natřesený polštář před spaním, jaké má oblíbené jídlo a které naopak nemusí, v kolik hodin je zvyklý vstávat. Život je složen minimálně z 50% z rituálů. Stěžuje si, že právě tyto zvyky a rituály se málo od rodin dozvídají.

R8: „Takže já si myslím, že je to hrozně důležitý pro spokojený život.“

Jak vnímají pracovníci jednotlivé metody – jaké jsou jejich přínosy a bariéry?

- **pozitiva vlivu užívaných metod na jedince vnímané pracovníky**

Pracovníci ze sledovaného zařízení se snaží vždy o to, aby aktivizace působila pozitivně, v případě demence musí být vždy pozitivní. S úsměvem. R7 to nazývá pozitivní motivací, pozitivním přístupem. Aktivizace působí vždy jako celek, nelze dle ní říci, že něco ovlivňuje konkrétní forma. Uvedla dále konkrétní příklad, kdy se jí osvědčila canisterapie.

R7: „Na canisterapii jsem měla klientku se spastickými rukama a sama mám psa, čínského naháče, který má vyšší teplotu těla. A přikládáním a stimulací těch rukou došlo k pozitivnímu posunu, takže se ty spazmy začaly uvolňovat. Tohle je jeden z těch příkladů. To je další pozitivní aktivizace, že už čistým hlazením a působením toho tepla člověk měl tendenci ty ruce roztahovat sám a pracovat s těma rukama hlavně.“



Obr. č. 26 - Psi cvičení pro canisterapii

Zlepšení vnímá R7 v tom, že klienti už z jejich zařízení odešli i domů, což se nestává často. Zlepšili se aktivizací natolik, že mohli odejít domů, uvádí, že za poslední rok to byli dva klienti.

R7: *„Pokud přijdou ze zařízení, kde se tolik neaktivizuje, nevěnuje, jsou upoutaní na lůžko a zakrní.“*

R8 hovořila o validaci, jež se jí osvědčila u klientky, bývalé psycholožky, která byla celý život zvyklá vysvětlit si věci přes mozek a nikdy nebrečela. Ke sklonku života se jí vrátily nedořešené věci z dětství, co odložila, nechtěla řešit a zapomněla na ně.

R8: *„...ta duše neodejde, dokud to nevyřeší...a proto jsou kolikrát ti lidi v tom terminálním stádiu několik let, kdy prostě leží a už vůbec nevnímají, v podstatě se rozpadají, jestli můžu říct.“*

R8: *„Klientce se to teď vrací a jediné vzpomínky, které má, jsou právě z téhle doby, chce brečet, ale neumí to. Začne, ale potlačí to. A z toho vzniká, že kníká. Chce brečet, ale nemůže a potlačí i to kníkání a najednou přichází takový manický tiky. Potřebuje tu bolest ze sebe dostat.“*

R8.: *„...najednou cvvíli mluvila jako malá holčička, pak jí tam vstoupilo racio, současnost...“ale prosím, vás, co to tady říkáte, ale jako...to vůbec...“*

Terapeutka procházela s klientkou kolečka po dobu 1,5 hodiny, než se klientce podařilo rozplakat a zklidnit. Po dobu následujících dní již byla klidná.

R8 říká, že pracuje s momentální náladou, vede odpolední výtvarný kroužek. Následující příklad ilustruje vliv arteterapie na klientku, která byl plačtivá a depresivní.

R8: *„Sama si koukla, co se dělá, sama si namočila papír, zvolila purpurovou barvu a tou si celou dobu malovala...a za chvíličky jakoby najednou tančila s tím štětcem a celá jakoby rozkvetla, napřímila se...a prostě domalovala, koukla na ten obrázek, přišla ke mně, dala mi pusy a říká „to jsem potřebovala...“ a šla pryč.“*

Klienti vnímají přístup pracovníků, nonverbální komunikaci, musí se cítit dobře. R8 to shrnuje slovy, že pomáhá klientům vypořádat se s emocemi, tenzí, kterou cítí.

Snaží se jim zlepšit náladu a zvládnout energie, které v sobě mají. Zmínila i zpomalení průběhu nemoci.

- **bariéry vnímané pracovníky**

R7 vidí jako možnou bariéru stres pracovníků, který se přenáší na klienty a působí negativně na všechny. Další oblastí je přepečovávání, kdy je pro pracovníka rychlejší udělat všechno za klienta sám, ale na úkor jeho schopností.

Které z pomůcek jsou nejvyužívanější?

- **kritéria výběru – účel, způsob, možnosti a schopnosti**

Aktivizační pracovníci ve sledovaném zařízení používají nespočet pomůcek, od papírových kapesníků po pomůcky pro ergoterapii, kognitivní trénink, nácvik chůze a pohybového aparátu, reminiscenční pomůcky, terapeutické panenky a jiné. Někteří klienti mají reminiscenční kufříky, předměty dodává rodina, co uzná za vhodné. Lze využít i vůně, například dcera může nechat k dispozici lahvičku se svým parfémem, i přes čich lze obnovit vzpomínkovou dráhu.



Obr. č. 27 - Terapeutické panenky

- **volba pomůcek**

R8 pracuje i se zakoupenými pomůckami, ale v případě reminiscence uvedla i příklad, kdy má pro klienta nedocenitelnou hodnotu, pokud pije například 50 let z jednoho hrnečku. Za klientkou dochází rodina, ona je už nepoznává, ale poznává svůj hrnek, cítí tu rodinu. Poznala by je, kdyby byly jako děti, pamatuje si jejich

obličej, když byly děti, to by je poznala hned. Vybavují se jí hluboko uložené vzpomínky. Ale v současné podobě, kdy je jim 50, 60 let, je nepoznává.

Kde a čím se pracovníci inspirojí při přípravě aktivizačních činností, jaká volí témata?

- **témata vycházející z biografie klienta – osobní**

Osobních témat klientů využívají pracovníci při individuální reminiscenci.

- **obecná témata ze života**

Při reminiscenci vycházejí pracovníci za aktuálního časového období, momentálně příprava na Velikonoce, z dalších témat uvedly respondentky povolání, vaření a recepty, školu, péči o děti. R8 uvedla jako oblíbená témata život, tradice, kořeny, (Karel IV., Mistr Jan Hus), náboženská témata.

- **inspirace získané prostřednictvím odborných periodik**

Největším zdrojem inspirace je pro R7 internet. R8 zmínila i čtyřsvazkovou knihu Český rok, jedná se o čtyři knížky Jaro, Léto, Podzim, Zima a lze zde nalézt písničky, říkadla, pranostiky i spoustu obrázků, dále staré filmy, vlastní rodinu a kontakt s dalšími lidmi jako zdroj inspirace.

Jaký je vztah pracovníků ke vzdělávání v aktivizaci a jaké jsou jejich vlastní náměty a připomínky?

- **osobní motivace a plány**

R7 se zajímá o jógu smíchu v rámci pozitivní motivace, je v kontaktu s kolegyněmi ze zahraničí, kde se již takto pracuje s klienty s demencí. Na moji otázku, že jsem četla, že jóga není vhodná pro klienty s demencí, jelikož si nejsou schopni uvědomit pocity těla a lokalizovat je, odpověděla, že to není nutné. Podle ní je to o fyzickém stavu vyvolání smíchu v bránici a využít lze jen některé prvky, ne celý koncept. Byla by ráda, kdyby došlo k rozšíření tohoto konceptu i u nás v republice.

R8 se rovněž vzdělává dál, studuje léčebnou pedagogiku a hledá další možnosti a inovace. Plánuje na září výstavu z obrazů z jednoho tématu, kterému se věnuje v rámci arteterapie, jmenuje se Doupe a jde v něm o vytváření bezpečného prostoru při adaptačním procesu.

- **absolvované kurzy**

Jedna z respondentek aktivně studuje léčebnou pedagogiku a sociálně uměleckou terapii. Druhá absolvovala kurz pro pracovníky v sociálních službách, vzdělávání a školení v rámci vlastní organizace.

- **vnímané nedostatky**

Respondentky nezmínily žádné, kromě málo využívaných moderních technologií.

Jaké jsou preference klientů v souvislosti s aktivizačními metodami?

- **zájem klientů o aktivity**

R7 sděluje, že pokud chce pozitivně motivovat, vždycky dává možnost volby. Pokud ale někoho volba stresuje, možnost volby nenabízí. Preference klientů jsou vždy individuální.

R8 sděluje, že u 90 % klientů jsou všechny aktivity nové, i když se dělají dlouho, nedokáží si uvědomit, zda by měli zájem o další formy.

Existuje spolupráce s rodinnými příslušníky a jinými zařízeními v rámci aktivizace?

- **současný stav a možnosti spolupráce**

R7 ráda pracuje s rodinnými příslušníky při reminiscenci, ale málokdy chtějí, necítí se podle ní dobře, necítí se jistě.

R7 odpověděla, že spolupracují v rámci sítě jejich zařízení, s dalšími není možnost. Ale byla na exkurzi v Domově Sv. Karla Boromejského v Řepích.

R8 odpovídá, že pracují s jinými zařízeními a jako první pořádali mezinárodní konferenci Specifika péče o klienty s demencí, kde si vzájemně předávali poznatky a zkušenosti s kolegy z České republiky, Slovenska, Švédska a Nizozemí.

5.5 Závěry šetření

Šetření probíhalo ve čtyřech zařízeních, která jsou zaměřena na péči o klienty s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demence. Ve všech sledovaných zařízeních probíhají aktivizační činnosti vycházející ze stejných principů, ale v praxi se liší formou provádění, hloubkou znalostí aktivizačních pracovníků, jejich zájmem o inovativní činnosti, vývoj a změny. Z odpovědí některých respondentek bylo znát velké nadšení a osobní zaujetí pro vykonávanou činnost. Pro sběr dat jsem využila metodu

polostrukturevaného rozhovoru, z hlavní výzkumné otázky jsem vytvořila dílčí otázky, které zároveň při interpretaci představovaly jednotlivé kategorie, ke kterým jsem následně přiřadila podkategorie vzniklé kódováním. Jako doplňkovou metodu pro sběr dat jsem zvolila pozorování, které mi umožnilo utvořit si komplexní představu o práci se seniory s demencí a proniknout hlouběji do tématu. Hlavním úkolem výzkumného šetření bylo popsat a analyzovat metody používané při aktivizaci seniorů s demencí s následným porovnáním aktivizací praktikovaných v jednotlivých zařízeních a formulováním doporučení pro praxi. Co mne v průběhu šetření nejvíc překvapilo, byl fakt, že mezi zainteresovanými zařízeními neexistuje téměř žádná spolupráce, žádné předávání poznatků a zkušeností. Kromě skupiny ALZHEIMERCENTRUM, která uspořádala konferenci, na které se sešli zejména zástupci z pobytových zařízení pečujících o klienty s demencí. Tato konference, které jsem se zúčastnila a která byla primárně směřována na pracovníky pracující s lidmi s demencí v pobytových službách, mi poskytla přehled o možnostech aktivizace a současném stavu u nás i v zahraničí, dilematech ošetrovatelské a sociální péče, legislativě, zahraničních zkušenostech ze Švédska, Nizozemí i Slovenska. Respondentky se shodly na tom, že by bylo dobré navštěvovat jiná zařízení a vyměňovat si poznatky, ale vyšlo najevo, že na to není čas a prostor, přestože by byl zájem ze strany aktivizačních pracovníků. Z šetření dále vyplynulo, že není možné, aby se aktivizačním činnostem věnoval jeden člověk v rámci organizace, bez ohledu na počet klientů či pacientů v zařízení či na oddělení. Ze zkušenosti mohu říci, že možnost podívat se na pracoviště a pohovořit si s konkrétními osobami, mi dala více informací a vzhledu do problematiky než účast na 15 ti konferencích. Proto se domnívám, že za jedno z doporučení pro praxi lze považovat plánované návštěvy v zařízeních se stejnou cílovou skupinou s cílem vzájemného předávání si informací a zkušeností z praxe.

1. úkol: Zjistit, kteří z pracovníků se věnují aktivizaci.

V rámci prováděného šetření jsem se dozvěděla, že v aktivizaci klientů jsou zaangażovaní všichni pracovníci daného zařízení. To znamená i ti, kteří pracují v přímé péči, se věnují aktivizačním činnostem při zvládání každodenních úkonů. Skupinové odborné aktivity a organizačně složitější přípravu vykonávají vyškolení a kvalifikovaní pracovníci z řad sociálních pracovníků, ergoterapeutů, fyzioterapeutů, zdravotních sester, pracovníků v sociálních službách.

2. úkol: Zjistit, jaké důvody k užívání aktivizace považují pracovníci za nejdůležitější.

Za hlavní důvody pro aktivizování klientů s demencí považují respondentky podporu zachovalých schopností a soběstačnosti v oblasti motoriky, schopnost mobility, pohybové kordinace. Z dalších oblastí jmenovaly zlepšení kognitivních funkcí – paměti, v oblasti sebeobsluhy. Pozorují i lepší fyzickou a mentální kondici, komunikaci a slovní zásobu důsledkem aktivizace. Význam vidí i ve vlivu na psychický stav klienta, kdy dochází ke snížení úzkosti a deprese, anebo naopak ke zvýšení sebevědomí i sebehodnoty. Snižují se markantně poruchy chování a člověk se celkově zklidňuje. Respondentky uvedly za důvod i zprostředkování podnětů a vjemů, společenského kontaktu, vytvoření vazeb, potřebu řádu dne, stimulace, uvědomění si těla, vlastního „já“, osobnosti.

3. úkol: Zjistit, jakých forem aktivizace nejčastěji využívají pracovníci v praxi.

Pracovníci využívají skupinových aktivit, mezi které řadí kondiční cvičení na židlích, kognitivní trénink, pohybové hry, terapeutické vaření, vzpomínkové aktivity, muzikoterapii, taneční terapii, canisterapii, sportovní činnosti, reminiscenci, výtvarné činnosti, procházky, výlety, keramiku, motogeragogiku, arteterapii, promítání filmů a bohoslužby. Dále využívají individuální práce s klienty, kam zařazují bazální stimulaci, ošetrovatelskou péči, symsovou aktivizaci, polohování, validaci, reminiscenci, kinestetickou mobilizaci a procházky. Běžné denní činnosti – manuální činnosti, oblékání, při kterých aktivizuje veškerý personál. Jedna respondentka zmínila i režimovou terapii, „směrování všemi úkony“.

4. úkol: Zjistit, jakým způsobem je aktivizace prováděna u klientů s demencí.

Aktivizace je prováděna při krátkodobých ambulantních pobytech v denním stacionáři i při dlouhodobých pobytech v pobytové službě. Při práci se skupinou hraje roli maximální počet klientů 15, nejideálněji aktivizovat do střední fáze demence. Podle místa aktivizace využívají pracovníci speciální místnost, denní místnost, jídelnu, práci u lůžka, zahradu, terasu, keramickou dílnu, pracovní ateliér, terapeutickou pláž, reminiscenční místnost, knihovnu, dílničku. Aktivizují klienty ve všech stupních demence i bez kognitivní poruchy, liší se pouze forma přístupu, v pokročilejší fázi je nutné přizpůsobit čas a aktivizovat vícekrát za den po kratší dobu, vhodné jsou jednoduché činnosti a hry přizpůsobené na míru, maximálně by měla aktivita trvat hodinu a aktivity by se měly střídávat kvůli udržení pozornosti. Aktivizace má formu pravidelných aktivit a je i součástí péče – při nácviku denních činností. Respondentky

kladly důraz na pravidelnost, ritualitu a jistotu v aktivitách. Jedna z nich doporučuje zařazovat aktivity, které nezávisí na schopnostech, ale na náhodě.

5. úkol: Zjistit, jak vnímají pracovníci jednotlivé metody – jaké jsou jejich přínosy a bariéry.

Za přínosy pracovníci považují pozitivní zážitky a prostředí, pozitivní motivaci, znovuobjevení nevyužívaných schopností utlumených inaktivitou, zpomalení progresu onemocnění, radost z činností, zapojení, udržení, zlepšení, posun klienta, pocit užitečnosti, hodnoty, posun od pohybu fyzického k mentálnímu, ztrátu izolovanosti, zlepšení v testu MMSE, zlepšení kondice, možnost dořešení emocionálních konfliktů, uvolnění tenze a zlepšení nálady. Jako bariéry vnímají dotazovaní pracovníci nepředvídatelnost a individuální průběh nemoci, obtížné odhadování úrovně náročnosti činností, udržení pozornosti, zvýšený hlas, spěch, hluk, chaos, příliš podnětů, pocit testování, moc výzkumů a dokumentace, zátěž, odmítání, negativní asociace, stres pracovníků a přepečování.

6. úkol: Zjistit, které z pomůcek jsou nejvyužívanější.

Respondentky uváděly vlastní pomůcky, pomůcky od firmy APOS, pomůcky pro kondiční cvičení jako jsou overbally, therabandy, ježci, míčky, plavací nudle, kroužky, obruče, dále věci z běžného života jako šátky, ručníky, kapesníky, houbičky do sprchy, vařečky, utěrky, různé hry – kuželky, pétanque, CD s hudbou, se zvuky, výtvarné pomůcky, loutky, pomůcky pro kognitivní trénink – sady, kartičky s podnětovým materiálem, skládačky, obrázky, puzzle, domino, křížovky, terapeutické panenky, hudební nástroje, motomed, žebříny, tabuli, reminiscenční krabice a kufříky, keramickou hlínu, ergo stůl, pomůcky pro rozvoj hmatu a jemné motoriky.

7. úkol: Zjistit, kde a čím se pracovníci inspiroují při přípravě aktivizačních činností, jaká volí témata.

Pracovníci volí hlavně pozitivní témata, potřebují znát biografii klienta – z dotazníku, inspiroují je samotní klienti, osobní témata – dětství, mládí, škola, rodina i obecná témata jako jsou plesy, roční období, věci kolem nás, barvy, chutě, události, pohřby, svatby, sešity pro kognitivní trénink, kniha Český rok, internet, život sám a tradice.

8. úkol: Zjistit, jaký je vztah pracovníků ke vzdělávání v aktivizaci a jaké jsou jejich vlastní náměty a připomínky.

Všichni dotazovaní pracovníci mají vzdělání v oboru nebo zájem o další nadstavbu – kurzy, semináře, konference. Připomínky mají k nízkému počtu pracovníků na vysoký počet klientů, problém může působit nedostatečné motivování klientů pracovníky,

nedostatečné vysvětlení činnosti. Poznatek, že není vhodné, aby klienti s demencí byli na jednolůžkových pokojích, obzvláště ti nechodící, vhodné je naopak budování „oáz“ podle švýcarského vzoru. Dalšími vlastními náměty, které respondentky uvedly, jsou zařazení prvků z jógy smíchu do aktivizace, uspořádání výstavy z obrazů, které vznikly při arteterapii a občasné pozměňování činností.

9. úkol: Zjistit, jaké jsou preference klientů v souvislosti s aktivizačními metodami.

Klienti preferují zejména aktivity jako kognitivní trénink, cvičení, vaření, pečení, procházky, canisterapie, muzikoterapie, ale vždy je to individuální.

10. úkol: Zjistit, zda existuje spolupráce s rodinnými příslušníky a jinými zařízeními v rámci aktivizace.

Z šetření vyplynulo, že existuje minimální spolupráce s rodinnými příslušníky a téměř nulová spolupráce s jinými zařízeními.

ZÁVĚR

Tato diplomová práce byla věnována tematice aktivizace a možnostem využití aktivizačních přístupů při práci s klienty s demencí v různých typech zařízení. Přestože je demence dlouhodobý postupně progredující stav, chtěla jsem svojí prací poukázat na to, že je možné adekvátní podporou, léčbou a péčí, kterou představují různé nejnovější přístupy, zachovat po dlouhou dobu relativně uspokojivou kvalitu života lidí, kteří trpí syndromem demence. Podpora důstojnosti a zmírnění obtěžujících příznaků jsou hlavním mottem správného přístupu k demenci, jehož součástí je i adekvátní zajištění bezpečného, podpůrného a podnětného prostředí. Považuji za důležité zmínit, že je vždy nutné přizpůsobit institucionální prostředí potřebám lidí s demencí, ne naopak. Nabízí se i otázka: Je vždy vhodně vyváжено prostředí, vybavení instituce a personální zajištění tak, aby odpovídalo potřebné péči? Personál by měl být vzdělán v problematice péče o seniory s demencí, ale v současné době je možné, že ošetrovatelskou péči může vykonávat i pracovník v sociálních službách, který absolvoval několikahodinový kurz, ale nemá potřebné kompetence k výkonu zdravotní péče. Ve všech zařízeních, která byla předmětem výzkumného šetření, se věnovali vedle odborných pracovníků základní péči i běžným aktivizačním činnostem vždy i pracovníci v sociálních službách. Ze šetření mimo jiné vyplynulo, že v některých zdravotnických zařízeních, ač mají na dočasný pobyt i pacienti s demencí, se aktivizačním činnostem nevěnují vůbec. Naproti tomu existují velké rozdíly, ale i shody v nabídce a organizačním zajištění aktivizací v zařízeních, která byla předmětem šetření. Za nedostatečné zajištění považuji i to, pokud je pro aktivizační činnosti určen pouze jeden pracovník a nepracuje v týmu, nemá podle mne podmínky pro kvalitní přípravu jednotlivých aktivizací. Během prováděného šetření vyšly najevo i některé nesrovnalosti týkající se označení jednotlivých stádií vývoje demence, která jsou spojena s nároky na péči a podporu. Znalost strategie PA-PA-IA České alzheimerovské společnosti se ukázala jako klíčová pro schopnost aplikace jednotlivých přístupů zmíněných v této práci.

V první části mé práce jsem se zaměřila na základní teoretické poznatky, které souvisí se syndromem demence a nelze je opomíjet v souvislosti s následujícími intervencemi, které jsou již zaměřené na konkrétní oblasti podpory, jakou jsou kognitivních funkce a jejich poruchy, snížení pohyblivosti a celkové soběstačnosti. Jednu z kapitol jsem proto věnovala pouze paměti, kde jsem popsala její základní funkce, změny kognitivních funkcí ve vyšším

věku a změny kognitivních funkcí u seniorů s demencí, včetně jejich hodnocení pomocí testů a možnosti včasné diagnostiky. Další část nastínila možné alternativy užití nefarmakologických přístupů, které se dosud osvědčily v praxi a nadále rozvíjejí. Jednotlivé techniky a přístupy kladou důraz na efektivní citlivou komunikaci se seniorem, která tvoří hlavní podstatu v péči, příkladem je zmíněná validace, reminiscence, biografický přístup vycházející ze znalosti celého života klienta, nejen jeho nemoci. Tato obsáhlá kapitola se zabývala i dalšími přístupy, které jsou považovány za vhodné k příznivému ovlivnění kognitivních funkcí a poruch chování u seniorů. Nabídla náhled na způsob možného využití kognitivního tréninku, smyslové aktivizace, preterapie, muzikoterapie, arteterapie, zooterapie, psychomotoriky a dalších forem přístupů k dezorientovaným seniorům. V závěrečné kapitole je obsaženo šetření a hodnocení aktivizace klienta s demencí, kdy jsem se snažila popsat a analyzovat metody využívané ve zdravotnických i sociálních zařízeních, což bylo i mým hlavním cílem výzkumné části práce. Tato část práce by mohla sloužit jako inspirace ke zkvalitňování péče nebo poskytnout náměty pracovníkům, kteří se již věnují nebo zamýšlejí věnovat se aktivizačním činnostem, mohla by být i podnětem ke spolupráci se zainteresovanými zařízeními.

SHRNUTÍ

Hlavním cílem práce „Vybrané metody sociální práce s nesoběstačnými klienty ve zdravotnických zařízeních“ bylo popsat a analyzovat metody používané při aktivizaci seniorů s demencí. Práce porovnává aktivizaci v různých zařízeních a zjišťuje vztah pracovníků k aktivizačním metodám. Text práce byl rozvržen do pěti kapitol. První kapitola zasazuje práci do kontextu stáří a stárnutí. Druhá kapitola je věnována problematice soběstačnosti a závislosti v seniorském věku a souvisejícím tématům. Tématem třetí kapitoly je stáří ve vztahu k paměti, charakterizuje paměť a její poruchy u seniorů trpících syndromem demence. Čtvrtá kapitola je stěžejní a přibližuje nefarmakologické přístupy a možné aktivizační činnosti, které lze využívat v praxi k ovlivnění poruch kognitivních funkcí a poruch chování u seniorů s demencí. Na teoretickou část navazuje výzkumné šetření, které bylo provedeno ve čtyřech zařízeních pečujících o klienty s demencí. Šetření má podobu kvalitativního výzkumu, pro který byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru a pozorování. Rozhovory byly uskutečněny s osmi odborníky aplikujícími v praxi. Poznatky získané z rozhovorů a pozorování byly následně analyzovány, vyhodnoceny a poté shrnuty v závěru šetření.

SUMMARY

The main goal of the thesis entitled “The selected methods of social work with clients self-non sufficient in health care facilities” was to describe and to analyze methods used in activation of the elderly suffering from dementia. It draws a comparison of different settings and explores workers’s attitude to the methods of activation. The text of the thesis was mapped out into five chapters. The first chapter was set into the context of old age and ageing. The second chapter is concerned with the issues of self-sufficiency and dependency of old age and other related issues. The topic of the third chapter is old age in relation with memory. It defines memory and memory disorders in the elderly suffering from dementia. The fourth chapter is crucial and gives an idea of non-pharmacological and other possible activities which are eligible for application in practice and are intended to reduce cognitive disorders of cognitive functions and behavior disorders. The theoretical part enters into research carried out in four facilities which care for clients with dementia. The research section is represented by a qualitative research where methods of a half structured interview and observation were opted for. The interviews were realized with eight practicing experts. The outcomes gathered from the interviews and observation were analysed and evaluated afterwards.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:

BIBLIOGRAFIE

- AGUS, David B., M. D. *Krátký průvodce pro dlouhý život. Jak si dlouhodobě a snadno udržovat pevné zdraví*. Brno: CPress, 2014. 1. vydání, 176 s. ISBN 978-80-264-0564-1
- BALINT, Michael. *Lékař, jeho pacient a nemoc*. Praha: Grada, 1999. 1. vydání, 336 s. ISBN 80-7169-734-6
- BAŠTECKÝ, Jaroslav, KÜMPEL, Quido, VOJTĚCHOVSKÝ, Miloš a kolektiv. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Grada Avicenum, 1994. 320 s. ISBN 80-7169-070-8
- GRUSS, Peter (ed.). *Perspektivy stárnutí z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Portál, 2009. 1. Vydání, 224 s. ISBN 978-80-7367-605-6
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. 1. Vydání, 408 s. ISBN 80-7367-040-2
- JANÁČKOVÁ, Laura, WEISS, Petr. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008. 1. vydání, 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9
- JŮN, Hynek. *Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví*. Praha: Portál, 2010. 1. vydání, 144 s. ISBN 978-80-7367-590-5.
- FISCHER, Ondřej, MILFAIT, René a kol. *Etika pro sociální práci*. Praha: Jabok – Vyšší odborná škola sociálně pedagogická a teologická, 2008, 222 s. ISBN 978-80-904137-3-3
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990. 1. vydání, 416 s. ISBN 80-7038-158-2.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Manuálek sociální gerontologie. České ošetřovatelství 10, praktická příručka pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. 72 s. ISBN 80-7013-363-5
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie aneb senioři mezi námi*. Praha: Galén, 2012. 1. vydání, 194 s. ISBN 978-80-7262-900-8

- HOLMEROVÁ, Iva, JAROLÍMOVÁ, Eva, SUCHÁ, Jitka. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. Praha: EV Public relations, spol. s r. o. pro Gerontologické centrum, 2007. 299 s. ISBN 978-80-254-0177-4
- HOLMEROVÁ, Iva, JURAŠKOVÁ, Božena, MÜLLEROVÁ, Dana, VIDOVIČOVÁ, Lucie, HABRCETLOVÁ, Lada, MATOULEK, Martin, SUCHÁ, Jitka, ŠIMŮNKOVÁ, Marta. *Průvodce vyšším věkem. Manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta, 2014. 200 s. ISBN 978-80-204-3119-6
- CHLOUPKOVÁ, Soňa. *Jednání se zájemcem o službu sociální péče od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 2013. 1. vydání, 128 s. ISBN 978-80-247-4678-4
- JANEČKOVÁ, Hana, VACKOVÁ, Marie. *Reminiscence. Využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál, 2010. 1. vydání, 152 s. ISBN 978-80-7367-581-3
- JANEČKOVÁ, Hana. „Jsem to pořád já.“ *Využití vzpomínek v práci se seniory – reminiscence a životní příběh*. Praha: Gerontologické centrum, 2007. 56 s. ISBN 80-86541-20-4
- KALVACH, Zdeněk, ZADÁK, Zdeněk, JIRÁK, Roman, ZAVÁZALOVÁ, Helena, HOLMEROVÁ, Iva, WEBER, Pavel a kolektiv. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. 1. vydání, 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4
- KAPPL, Miroslav, SMUTEK, Martin, TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana (eds.) *Etika sociální práce*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. Sborník z konference VI. Hradecké sny sociální práce Hradec Králové 16. až 17. října 2009. 1. vydání, 488 s. ISBN 978-80-7435-037-5
- KLEVETOVÁ, Dana, DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2008. 1. vydání, 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9
- KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2011. 6. vydání, 152 s. ISBN 978-80-7367-922-4.
- KOUKOLÍK, František, JIRÁK, Roman. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Praha: Grada Publishing, 1999. 1. vydání, 191 s. ISBN 80-7169-716-8

- KOUKOLÍK, František. *Já. O mozku, vědomí a sebeuvědomování*. Praha: Karolinum – Univerzita Karlova v Praze, 2013. 2. vydání, 223 s. ISBN 978-80-246-2249-1
- KUZNÍKOVÁ, Iva a kolektiv. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 2011. 1. vydání, 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1
- LOVESTONE, Simon, GAUTHIER, Serge. *Management of Dementia*. London: Martin Dunitz Ltd, 2001. 168 s. ISBN 1-85317-739-3
- LUŽNÝ, Jan. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Triton, 2012. 1. vydání, 159 s. ISBN 978-80-7387-573-2
- MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních*. Praha: Grada Publishing, 2011. 1. vydání, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3
- MATOUŠEK, Oldřich, KOLÁČKOVÁ, Jana, KODYMOVÁ, Pavla (eds.) *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2010. 2. vydání, 352 s. ISBN 978-80-7367-818-0
- MATOUŠEK, Oldřich kol. *Sociální služby. Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. 1. vydání, 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9
- MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. 1. vydání, 380 s. ISBN 80-7178-548-2
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006, 1. vydání, 332 s. ISBN 80-247-1362-4
- ONDRUŠOVÁ, Jiřina. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum, 2011. 1. vydání, 168 s. ISBN 978-80-246-1997-2
- PACOVSKÝ, Vladimír. *Proti věku není léku? Úvahy o stárnutí a stáří*. Praha: Karolinum – nakladatelství Univerzity Karlovy, 1997. 124 s. ISBN 80-71-84-486-1
- PAUL, S. Susanne, Paul, A. James. *Humanity Comes of Age. The New Context for Ministry with the Elderly*. Geneva: World Council of Churches. 143 s. ISBN 2-8254-1048-9

- PAYNE, Jan a kolektiv. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. 1. vydání, 629 s. ISBN 80-7254-657-0
- PAYNE, Jan a kol. *Zdraví: hodnota a cíl moderní medicíny*. Praha: Triton, 2002. 1. vydání, 124 s. ISB 80-7254-293-1
- PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada Publishing, 2007. 1. vydání, 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5
- PLEVOVÁ, Jarmila, Boleloucký, Zdeněk. *Psychofarmakoterapie vyššího věku*. Praha: Grada, 2000. 2. vydání, 164 s. ISBN 80-7169-959-4
- POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2010. 1. vydání, 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8
- RHEINWALDOVÁ, Eva. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, 1999. 1. vydání, 88 s. ISBN 80-7169-828-8
- SAK, Petr, KOLESÁROVÁ, Karolína. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada Publishing, 2012. 1. Vydání, 232 s. ISBN 978-80-247-3850-5
- SCHWEITZER, Pam, TRILLING, Angelika. *Making Memories Matter. Erinnerungen Raum Geben*. Kassel: European Reminiscence Network in co-operation with Age Exchange Reminiscence Centre, London, Stadtteilzentrum Agathof e. V., Kassel Stadt Kassel, 2005. 128 s. ISBN 3-933617-22-7
- SOKAČOVÁ, Linda, HASMANOVÁ MARHÁNKOVÁ, Jaroslava, ŠIMANDLOVÁ, Nikola, BEJTKOVSKÝ, Jiří, POLÁK, Petr, FERRAROVÁ, Eva, HORÁK, Martin, SEDLÁČEK, Stanislav, POTMĚŠILOVÁ, Hana. *Stárnutí populace jako výzva. Age Management a postavení lidí 50+ ve společnosti a na trhu práce*. Praha: Aletrnativa 50+, 2014. 1. vydání, 108 s. ISBN 978-80-905711-0-5
- SÝKOROVÁ, Dana, CHYTIL, Oldřich (Eds.). *Autonomie ve stáří. Strategie jejího zachování*. Boskovice: Zdravotně sociální fakulta v Ostravě ve spolupráci s nakladatelstvím František Šalé – Albert, 2004, 324 s. ISBN 80-7326-026-3
- ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. *Základy arteterapie*. Praha: Portál, 2002, 176 s. ISBN 978-80-7367-408-3

- ŠPATENKOVÁ, Naděžda, BOLOMSKÁ, Barbora. *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén, 2011. 1. vydání, 112 s. ISBN 98-80-7262-711-0
- ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana, HÖSCHL, Cyril, VIDOVIČOVÁ, Lucie a kolektiv. *Gerontologie. Současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum – Univerzita Karlova V Praze, 2014. ISBN 978-80-246-2628-4
- ŠVARŤÍČEK, Roman, ŠEĐOVÁ, Klára a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. 1. vydání, 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0
- TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 978-80-7262-365-5
- TOPINKOVÁ, Eva, NEUWIRTH, Jiří. *Geriatric pro praktického lékaře*. Praha: Grada Publishing, 1995. 1. vydání, 304 s. ISBN 80-7169-099-6
- VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problémové situace v péči o seniory – Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007. 1. vydání, 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
- WEHNER, Lore, SCHWINGHAMMER, Ylva. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada, 2013. 1. vydání, 144 s. ISBN 978-40-247-4423-0
- ZAVÁZALOVÁ, Helena a kolektiv. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum – Univerzita Karlova v Praze, 2001. ISBN 80-246-0326-8
- ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada Publishing, 2003. 1. vydání, 232 s. ISBN 80-247-0183-9

PŘÍRUČKY:

- FRANKOVÁ, Vanda. *Paní Anežka má demenci. Příručka pro pečující rodinné příslušníky nemocných s Alzheimerovou chorobou*. Praha: Galén, 2009. 1. vydání, 56 s. ISBN 978-80-7262-633-5
- HOLMEROVÁ, Iva, JAROLÍMOVÁ, Eva, NOVÁKOVÁ, Helena. *Alzheimerova choroba v rodině. Příručka pro ty, kteří o nemocné pečují*. Praha: Pfizer, 2004. 114 s. Bez uvedení ISBN

- MÁTL, Ondřej, MÁTLOVÁ, Martina. *Zpráva o stavu demence 2015. Jaký názor má veřejnost a co prezentují média?* Praha: Česká alzheimerovská společnost, o.p.s, 2015 ISBN 978-80-86541-45-7
- *Na pomoc pečujícím rodinám. Příručka pro pečující rodinné příslušníky a další blízké lidí s demencí.* Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2014. 9. přepracované vydání. Z anglického originálu *Help for the Caregivers* vydaného Alzheimer's Disease International přeložily Iva Holmerová, Hana Janečková a Dagmar Niklová. Dotisk 10. vydání upravily Iva Holmerová a Martina Mátlová. ISBN 978-80-86541-33-4
- *Na pomoc pečujícím rodinám. Pro ty, kteří pečují o blízké postižené demencí.* Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2010. 8. vydání. Z anglického originálu *Help for the Caregivers* vydaného Alzheimer's Disease International přeložily Iva Holmerová, Hana Janečková a Dagmar Niklová. ISBN 978-80-86541-29-7
- PREISS, Marek, CHRÁSTKOVÁ, Diana, STEINOVÁ, Danuše, VEJSADOVÁ, Jana. *Efektivita trénování paměti. Příručka pro zájemce o trénování paměti.* Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2010. 1. Vydání, 58 s. ISBN 978-80-87142-10-3
- *Zdraví 21. Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR. Zdraví pro všechny v 21. století.* Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2003. 1. vydání, 124 s. ISBN 80-85047-99-3
- *Zdraví 21. Výklad základních pojmů. Úvod do evropské zdravotní strategie. Zdraví pro všechny v 21. Století.* Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2004. 1. vydání, 160 s. ISBN 80-85047-33-0

ODBORNÁ PERIODIKA:

- Sestra – odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky, měsíčník č. 2/2011, ročník 21. Praha, Mladá fronta a.s., 2011 ISSN 1210-0404, Evidenční číslo MK ČR: E 15721
- *Advances in Psychiatric Treatment, Journal of Continuous Professional Development, The Royal College of Psychiatrists, Volume 10, Issue 3, May 2004, Henry Ling Ltd, Dorchester ISSN 1355-5146*

ELEKTRONICKÉ ZDROJE:

- HOUZAROVÁ, Pavla. *Sociální práce ve zdravotnickém zařízení*. JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Teologická fakulta. České Budějovice, 2011. Bakalářská práce (Bc.). [online] Dostupné z: http://theses.cz/id/on6uxr/Bc_prce_Sociln_prce_ve_ZZ.pdf
- Inhibitory cholinesteráz v léčbě Alzheimerovy nemoci. [online] Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2007/02/12.pdf>
- Marková, V., Šlenkrtová, H. (sec. cit. in: Kuzníková, 2011, s. 19) „Proces sociální práce ve zdravotnických zařízeních, revidováno 11.5. 2010. Odborný garant: Mgr. Věra Marková, Helena Šlenkrtová. [online] Dostupné z: <http://www.cna.cz/tiskoviny/organizacni-normy-cas/>>
- Snoezelen v multismyslové místnosti [online] [cit. 2016-02-12] Dostupné z: (<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1901>)
- Alzheimer [online] [cit. 2016-23-3] Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz>
- <http://www.gerontologie.cz>
- Gerontocentrum [online]. [cit. 2016-04-10] Dostupné z: <http://www.gerontocentrum.cz>
- Národní ústav pro duševní zdraví. [online] Dostupné z: http://www.nudz.cz/adcentrum/klinicka_cast.html
- PN Bohnice [online]. [cit. 2016-04-10] Dostupné z: <http://www.bohnice.cz/zakladni-informace/oddeleni-34-zdravotne-socialni-pece/>
- ÚVN Praha [online]. [cit. 2016-04-10] Dostupné z: https://www.uvn.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=3705&Itemid=541&lang=cs
- Alzheimercentrum [online]. [cit. 2016-04-10] Dostupné z: <http://www.alzheimercentrum.cz/poskytovana-pece/>
- Prof. Erwin Böhm [online]. [cit. 2016-03-10] Dostupné z: http://www.enpp-austria.com/cz/erwin_boehm.htm

- Sestra [online]. [cit. 2016-03-11] Dostupné z: http://zdravi.e15.cz/news/check-pro?id=468388&seo_name=sestra
- Zooterapie [online]. [cit. 2016-03-02] Dostupné z: <http://zooterapie.webnode.cz/zooterapie/>

JINÉ ZDROJE:

- Rozhovor s vedoucí aktivizačního oddělení Domova pro seniory Chodov, Ing. Bc. Jaroslavou Slivoňovou, Praha, 12. 1. 2016 (osobní konzultace + účast na reminiscenční aktivitě)
- Alzheimercentrum Prácheň, o.p.s., celodenní účast na mezinárodní konferenci *Specifika péče o klienta s demencí*, Praha, 9. 3. 2016

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1: Gerontocentrum – Denní místnost č. 1 (obývací)	102
Obr. 2: Gerontocentrum – Lůžkové oddělení	102
Obr. 3: PN Bohnice – Oddělení zdravotně sociální péče	103
Obr. 4: ÚVN – Budova B1	106
Obr. 5: Alzheimercentrum Průhonice	109
Obr. 6: Gerontocentrum – Amálka	116
Obr. 7: Gerontocentrum – Denní místnost č. 1 (jídlna)	117
Obr. 8: Gerontocentrum – Pomůcky pro kondiční cvičení	118
Obr. 9: Gerontocentrum – Prostírání vytvořené z pohlednic míst navštívených klienty	118
Obr. 10: Gerontocentrum – Kalendář orientace realitou	119
Obr. 11: Gerontocentrum – Kognitivní trénink	120
Obr. 12: Gerontocentrum – Denní místnost č. 1 (jídlna)	121
Obr. 13: Gerontocentrum – Aktivizační pomůcky	126
Obr. 14: Gerontocentrum – Rozpis her pro seniory	127
Obr. 15: Gerontocentrum – Tulipány vyrobené klienty	127
Obr. 16: ÚVN – Ergo místnost	136
Obr. 17: ÚVN – Kartička na kognitivní trénink	138
Obr. 18: ÚVN – Ergo místnost	138
Obr. 19: ÚVN – Hmatové pytlíky pro smyslovou aktivizaci	139
Obr. 20: ÚVN – Jídlna	140
Obr. 21: ÚVN – Rozpis aktivit na oddělení sociální péče	141
Obr. 22: ÚVN – Reminiscenční krabice pro dámy	144
Obr. 23: ÚVN – Reminiscenční krabice pro pány	144
Obr. 24: ÚVN – Korále pro trénink jemné motoriky	145
Obr. 25: ÚVN – Ergo stolek	145
Obr. 26: Alzheimercentrum – Psi cvičení pro canisterapii	152
Obr. 27: Alzheimercentrum – Terapeutické panenky	154

SEZNAM TABULEK

Tab. 1: Přehled soběstačnosti u seniorů v ČR	16
Tab. 2: Přehled geriatrických syndromů	22
Tab. 3: Služby pro osoby trpící demencí a prostředí, kde jsou poskytovány	28
Tab. 4: Charakteristika respondentů	101

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Test IADL (Instrumental Activities of Daily Living)

Příloha č. 2: Test ADL (Activities of Daily Living)

Příloha č. 3: Test MMSE (Mini Mental State Examination)

Příloha č. 4: Zásady komunikace s geriatrickými pacienty

Příloha č. 5: Addenbrookský kognitivní test

Příloha č. 6:

*a) Obrázky mikroskopických změn mozku u pacienta s AN a srovnání
s normálním stavem u zdravého člověka:*

b) První pacientka Dr. Aloise Alzheimerera

Příloha č. 7: Reminiscenční kufřík

Příloha č. 8: Tvořivá odpoledne v denním stacionáři

Příloha č. 9: Kognitivní rehabilitace - skládání mapky

Příloha č. 10: Seznam otázek k rozhovorům s pracovníky v odborných zařízeních

Příloha č. 1

Test IADL (Instrumental Activities of Daily Living)

<i>Činnost</i>	<i>Hodnocení</i>	<i>Bodové skóre</i>
1. telefonování	vyhledá samostatně číslo, vytočí je zná několik čísel, odpovídá na zavolání nedokáže použít telefon	10 5 0
2. transport	cestuje samostatně dopravním prostředkem cestuje, je-li doprovázen vyžaduje pomoc druhé osoby, speciálně upravený vůz apod.	10 5 0
3. nakupování	dojde samostatně nakoupit nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby neschopen bez podstatné pomoci	10 5 0
4. vaření	uvaří samostatně celé jídlo jídlo ohřeje jídlo musí být připraveno druhou osobou	10 5 0
5. domácí práce	udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu potřebuje pomoc při většině prací nebo se práce v domácnosti neúčastní	10 5 0
6. práce kolem domu	provádí samostatně a pravidelně provede pod dohledem vyžaduje pomoc, neprovede	10 5 0
7. užívání léku	samostatně v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léku užívá, jsou-li připraveny a připomenuty léky musí být podány druhou osobou	10 5 0
8. finance	spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitými operacemi neschopen bez pomoci zacházet s penězi	10 5 0

Hodnocení stupně závislosti v instrumentálních všedních činnostech:

0-40 bodů : závislý v IADL

45-75 bodů : částečně závislý v IADL

80 bodů : nezávislý v IADL

Zdroj: Upraveno dle Zavázalové H. a kol., 2001

Příloha č. 2

Test ADL (Activities of Daily Living)

<i>Činnost</i>	<i>Hodnocení</i>	<i>Bodové skóre</i>
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko-židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti v instrumentálních všedních činnostech:

0-40 bodů : vysoce závislý

45-60 bodů : závislost středního stupně

65-95 bodů : lehká závislost

100 bodů : nezávislý

Zdroj: Upraveno dle Zavázalové, H. a kol., 2001

Příloha č. 3

Test MMSE (Mini Mental State Examination)

Mini-Mental State Examination											
Jméno: <input style="width: 100%;" type="text"/>				Datum 1. vyšetření: <input style="width: 100%;" type="text"/>		Datum 2. vyšetření: <input style="width: 100%;" type="text"/>		Datum 3. vyšetření: <input style="width: 100%;" type="text"/>			

Za každý správně provedený úkol je posuzovaný hodnocen jedním bodem (=1), za každý špatně provedený úkol nula body (=0).

1. Orientace

- Kolikátého je dnes?
- Který je den v týdnu?
- Který je nyní měsíc?
- Který je nyní rok?
- Které je roční období?
- Jak se jmenuje země, ve které jsme?
- Ve kterém jsme okrese?
- Ve kterém jsme městě?
- Jak se jmenuje nemocnice, v níž jsme?
- Ve kterém jsme poschodí?

vyšetření		
1.	2.	3.

2. Zapamatování

Nyní vám vyjmenuji tři předměty. Zopakujte je po mně a zapamatujte si je, za chvíli se vás na tato slova zeptám znovu.

- Lopata
- Šátek
- Váza

3. Pozornost a počítání

Odečítejte od čísla 100 stále sedmičku. Skončete, až odečtete pětkrát za sebou.

- 93
- 86
- 79
- 72
- 65

Pokud testovaná osoba úkol nezvládá nebo jej nechce provádět, vyzveme ji, aby hláskovala pozpátku slovo o pěti písmenech, např. POKRM.

- M
- R
- K
- O
- P

4. Výbavnost

Vyzvěte testovanou osobu, aby zopakovala 3 slova, která si měla zapamatovat.

- Lopata
- Šátek
- Váza

5. Pojmenování

- Ukažte náramkové hodinky: Co je to?
- Ukažte propisovací tužku: Co je to?

vyšetření		
1.	2.	3.

6. Opakování

- Opakujte po mně:
- „Žádná kdyby, nebo, ale.“

--	--	--

7. Třístupňový příkaz

Před testovanou osobu položíme list papíru a vyzveme ji, aby vzala papír do pravé ruky, přeložila jej na polovinu a položila na zem.

- Uchopení papíru
- Přeložení na polovinu
- Položení na zem

8. Čtení a splnění příkazu

Testovanou osobu vyzveme, aby přečetla a provedla úkol napsaný na druhé straně tohoto listu (úkol – „zavřete oči“).

--	--	--

9. Psaní

Vyzveme testovanou osobu, aby napsala libovolnou větu. Věta musí dávat smysl, musí mít podmět a přísudek (podmět může být nevyjádřený).

--	--	--

10. Obkreslení obrazce

Testovaná osoba musí správně obkreslit 2 stejné pravidelné pětiúhelníky, protínající se jako čtyřúhelník.

--	--	--

	1. vyšetření	2. vyšetření	3. vyšetření
Celkem bodů	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>

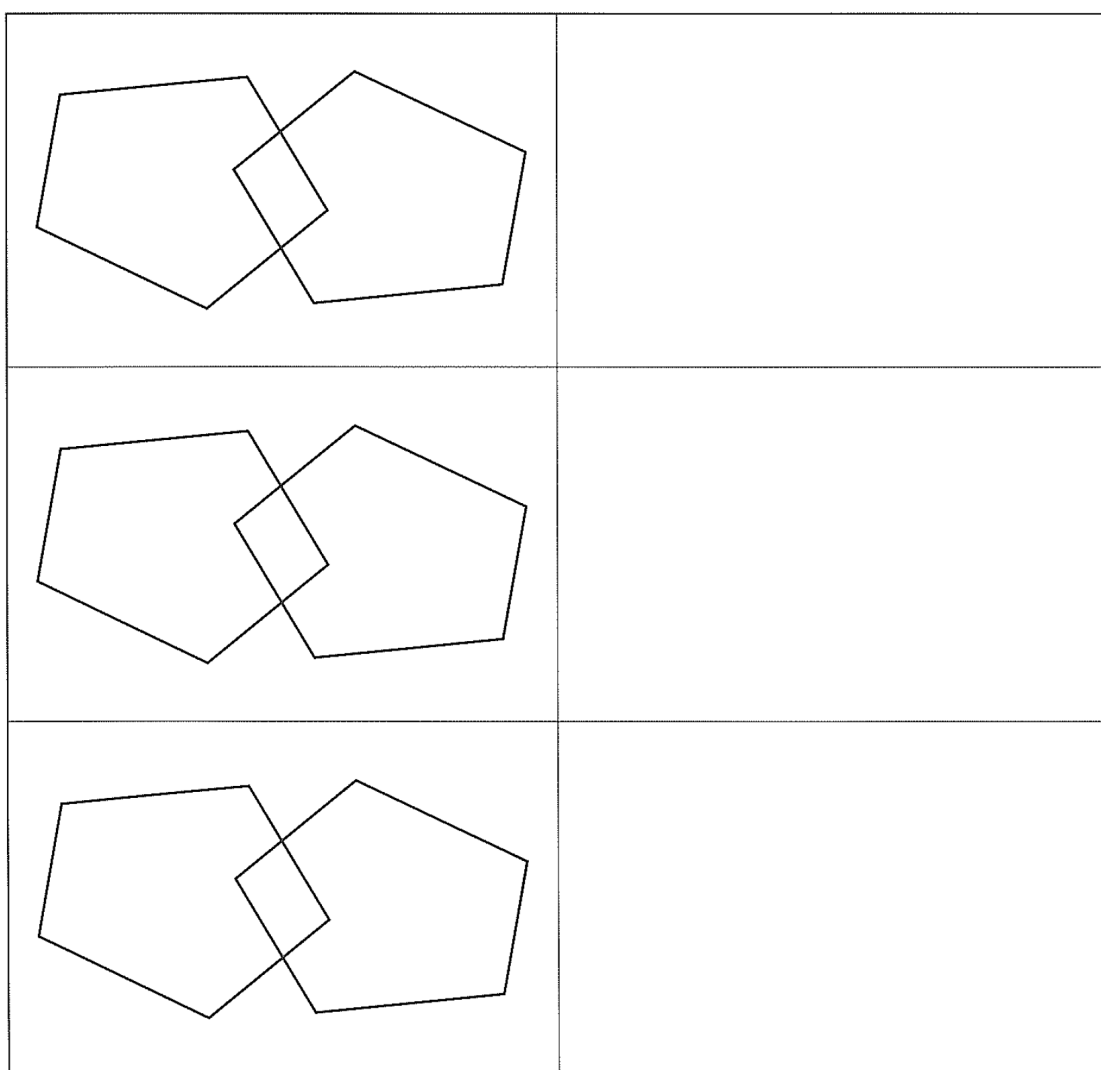
HODNOCENÍ:

max. počet - 30 bodů

- 27 - 30** normální stav
- 25 - 26** hraniční nález, možnost demence
- 10 - 24** demence mírného až středně těžkého stupně
- 6 - 9** demence středně těžkého až těžkého stupně
- 6 a méně** demence těžkého stupně



Zavřete oči



Příloha č. 4

Zásady komunikace s geriatrickými pacienty

Desatero komunikace se seniory (geriatrickými pacienty) se zdravotním postižením

1. Respektujeme identitu pacienta a důsledně jej oslovujeme jménem nebo odpovídajícím titulem. Nevýžádaná familiární oslovení „babi“ nebo „dědo“ jsou ponižující.
2. Důsledně se vyhýbáme infantilizaci (zdětinšťování) starého člověka. Ani s nemocnými se syndromem demence nehovoříme jako s dětmi (ani formou, ani obsahem).
3. Při komunikaci s geriatrickými pacienty se zdravotním postižením a při jejich ošetřování cílevědomě chráníme pacientovu důstojnost. Snažíme se vyloučit podceňování a nepodložené přisuzování závažných funkčních deficitů (například v kognitivní oblasti).
4. Chráníme seniory před časovým stresem, počítáme se zpomalením psychomotorického tempa a se zhoršenou pohyblivostí.
5. Složitější nebo zvláště důležité informace (termíny vyšetření, přípravu na ně, způsob užívání léků) několikrát zopakujeme nebo raději ještě napíšeme na list papíru.
6. Aktivně, ale taktně ověříme možné komunikační bariéry (porucha sluchu, zraku apod.) a tomu přizpůsobíme komunikaci.
7. K usnadnění komunikace se zdržujeme v zorném poli pacienta, mluvíme srozumitelně a udržujeme oční kontakt. Při pochybnostech ověřujeme správné využití kompenzačních pomůcek.
8. Bez ověření nedoslýchavosti nezesilujeme hlas; porozumění řeči se ve stáří zhoršuje v hlučném prostředí, proto „nepřekřikujeme“ jiný hovor, rozhlas, televizi, ale snažíme se hluk odstranit.
9. Dopomoc při pohybu, odkládání oděvu nebo při uléhání na vyšetřovací lehátko vždy nabízíme (úměrně zdravotnímu postižení pacienta), ale nevnučujeme. Umožňujeme používání opěrných pomůcek (hole, chodítka). Zdravotnická zařízení sloužící seniorům by měla být snadno přístupná, bezbariérová, s dostatečným osvětlením, s protiskluzovou úpravou podlah a s přehledným značením.
10. Při ústavním ošetřování by komunikace i ošetrovatelská aktivita měla cílevědomě směřovat k podpoře a k udržení (obnově) soběstačnosti křehkého starého člověka se zdravotním postižením, nikoli předčasně předpokládat její ztrátu a vést k imobilizaci.

Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence

1. Při komunikaci omezujeme rušivé a rozptylující vlivy prostředí (například rozhlasové vysílání), ujistíme se, že pacient dobře slyší, že má správně nastaveny kompenzační pomůcky (naslouchadla) a že netrpí komunikační poruchou ve smyslu afázie.
2. Pacienta povzbuzujeme vlídným zájmem, usilujeme o klidné chování a pozitivní výraz, omezujeme prudké pohyby a přecházení, zůstáváme v zorném poli pacienta.
3. Mluvíme srozumitelně, pomalu a v krátkých větách.
4. V hovoru se vyhýbáme odborným výrazům, žargonu, ale i frázím či ironicky míněným protimluvům. Používáme výrazy pacientovi známé a přiměřené. Používáme přímá pojmenování, vyhýbáme se zájmenům, a pokud je to možné, tak na předměty, osoby nebo části těla, o nichž hovoříme, ukazujeme. Pokud pacient něco správně nepochopil, použijeme jinou formulaci a neopakujeme stejná slova.
5. Aktivně navazujeme a udržujeme oční kontakt a průběžně ověřujeme, zda pacient našim informacím správně porozuměl, důležité údaje píšeme navíc na list papíru. Pro získání pozornosti, případně pro zklidnění používáme dotek.
6. Využíváme neverbální komunikaci, mimiku, dotek a tyto projevy sledujeme a umožňujeme i u pacienta. Jsme vnímaví k projevům úzkosti, strachu, deprese, bolesti.
7. Dáme jasně najevo, když odcházíme, a zopakujeme, zda jen na chvíli (vrátíme se, komunikace či zdravotnická procedura neskončila), nebo zda konzultace skončila.
8. Pacienta nepodceňujeme, komunikaci neomezujeme, ale přizpůsobujeme jeho schopnostem. Právě nemocné se syndromem demence pečlivě informujeme o povaze a důvodu vyšetření či léčebného výkonu, jimž se mají podrobit. Během výkonu s nimi komunikujeme, uklidňujeme je, postup komentujeme.
9. Aktivně chráníme důstojnost lidí trpících syndromem demence, bráníme jejich ponižování, posilujeme jejich autonomii a možnost rozhodovat o sobě.
10. Při komunikaci posilujeme orientaci pacienta osobou, místem i časem, oslovujeme jej důstojně jménem nebo tak, jak si sám přeje či vyžaduje.

Příloha č. 5

Addenbrookský kognitivní test

Jméno a příjmení		Datum vyšetření	
Datum narození		Administrátor	
Délka vzdělání (roky)			
Dosažený stupeň vzdělání		Lateralita	pravák <input type="checkbox"/> levák <input type="checkbox"/> ambidexter <input type="checkbox"/>

1. ORIENTACE

■ Zeptejte se pacienta:

Který je dnes den v týdnu?	<input type="checkbox"/>	Jaké je roční období?	<input type="checkbox"/>	Ve kterém jsme městě?	<input type="checkbox"/>	(Skóre 0–10) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block; background-color: yellow;"></div>
Kolikátého je dnes?	<input type="checkbox"/>	Jak se jmenuje budova, ve které jsme?	<input type="checkbox"/>	V jakém jsme kraji?	<input type="checkbox"/>	
Který máme nyní měsíc?	<input type="checkbox"/>	V kolikátém jsme poschodí?	<input type="checkbox"/>	V jaké jsme zemi?	<input type="checkbox"/>	
Který máme nyní rok?	<input type="checkbox"/>					

Za každou správnou odpověď přidělíme 1 bod.

2. PAMĚT – ZAPAMATOVÁNÍ

■ Řekněte pacientovi:

„Nyní vám řeknu tři slova a vaším úkolem bude je zopakovat“:

jablko ☐ klíč ☐ balón ☐

■ Poté, co je pacient zopakuje, řekněte další instrukci:

„Pokuste se zapamatovat si tato slova, protože se vás na ně budu později ptát.“

Po pacientovi požadujeme, aby si tato tři slova 3× zopakoval pro lepší zapamatování, avšak bodově hodnotíme pouze první pokus o opakování (přičemž nezáleží na tom, v jakém pořadí pacient slova zopakuje).

Za každé správně zopakované slovo z prvního pokusu přidělíme 1 bod. Počet opakování ☐

(Skóre 0–3)

3. POZORNOST A POČTY

■ Požádejte pacienta:

„Nyní odečtěte číslo 7 od čísla 100“:

100 A | 93 ☐ T | 86 ☐ S | 79 ☐ E | 72 ☐ C | 65 ☐

Poté, co pacient odpoví, ho požádáme, aby takto odečetl 7 ještě 4× za sebou (tedy celkem 5×). Pokud pacient udělá chybu, necháme ho pokračovat a počítáme následující správné odpovědi (např. 93, 84, 77, 70, 63 – celkové skóre 4 body). Skončíme po pěti odečtech (93, 86, 79, 72, 65).

Za každý správný výpočet přidělíme 1 bod.

■ Pokud pacient nechce nebo není schopen počítat, požádejte jej:

„Hláskujte slovo CESTA“. Pak požádejte pacienta: „Hláskujte slovo CESTA pozpátku.“

Za každé správné písmeno přidělíme 1 bod.

(Skóre 0–5)

4. PAMĚT – VYBAVENÍ

■ Zeptejte se pacienta:

„Která tři slova jste si před chvílí opakoval(a) a měl(a) si je zapamatovat?“

jablko ☐ klíč ☐ balón ☐

Za každé správně vybavené slovo přidělíme 1 bod, přičemž nezáleží na pořadí vybavení slov.

(Skóre 0–3)

5. PAMĚT – ANTEROGRÁDNÍ PAMĚŤ

■ Řekněte pacientovi:

„Nyní vám řeknu jméno a adresu a vaším úkolem bude tyto údaje zopakovat. Takto to provedeme 3×, abyste měl(a) možnost se je naučit. Později se vás na ně budu ptát.“

Do bodování započítáváme pouze třetí pokus, za každou správnou část odpovědi přidělíme 1 bod.

1. pokus	2. pokus	3. pokus
Martin Dvořák		
Sadová ulice 73		
Hostěnice		
Liberec		

(Skóre 0–7)

POZORNOST A ORIENTACE

PAMĚŤ

6. PAMĚŤ – RETROGRÁDNÍ PAMĚŤ

- Zeptejte se pacienta:

Kdo je současným předsedou vlády (premiérem)?

Kdo byl prvním prezidentem naší republiky po revoluci v roce 1989?

Kdo je současným prezidentem Spojených států amerických?

Který prezident Spojených států amerických byl zavražděn v roce 1963?

Za každou správnou odpověď přidělíme 1 bod.

(Skóre 0–4)

PAMĚŤ

7. VERBÁLNÍ FLUENCE – slova začínající písmenem „P“ a zvířata

7a Písmena

- Řekněte pacientovi:

„Nyní vám řeknu jedno písmeno z abecedy a vaším úkolem bude vyjmenovat co nejvíce slov, která začínají tímto písmenem. Slova, která budete říkat, nesmí začínat velkým písmenem, to znamená, že to nesmí být názvy, vlastní jména a nesmí jít o slova se stejným slovním základem. Jste připraven(a)? Můžeme začít? Máte nyní jednu minutu na to, abyste vyjmenoval(a) co nejvíce slov, která začínají na písmeno „P“.“

Časový limit jedna minuta. Přidělíme 1 bod za každé správně vybavené slovo.

1	8	15	22
2	9	16	23
3	10	17	24
4	11	18	25
5	12	19	26
6	13	20	27
7	14	21	28

Počet slov Odpovídá
skóre

>17	7
14–17	6
11–13	5
8–10	4
6–7	3
4–5	2
2–3	1
<2	0

(Skóre 0–7)

7b Zvířata

- Řekněte pacientovi:

„Nyní je vaším úkolem vyjmenovat co nejvíce zvířat, která znáte. Slova mohou začínat jakýmkoliv písmenem. Na tuto úlohu máte nyní jednu minutu.“

Časový limit jedna minuta. Přidělíme 1 bod za každé správně vybavené slovo.

1	9	17	25
2	10	18	26
3	11	19	27
4	12	20	28
5	13	21	29
6	14	22	30
7	15	23	31
8	16	24	32

Počet slov Odpovídá
skóre

>21	7
17–21	6
14–16	5
11–13	4
9–10	3
7–8	2
5–6	1
<5	0

(Skóre 0–7)

VERBÁLNÍ FLUENCE

8. JAZYK – POROZUMĚNÍ

- 8a Pacientovi ukažte napsanou větu „Zavřete oči“ na Listu pro pacienta a požádejte ho/ji:

„Přečtěte nahlas, co je zde napsáno, a udělejte to.“

Přidělíme 1 bod za správné vykonání příkazu.

(Skóre 0–1)

- 8b Dejte pacientovi list papíru a požádejte ho:

„Vezměte tento list papíru do vaší pravé ruky. Přeložte ho na půl. Položte ho na zem.“

Přidělíme 1 bod za každou správně vykonanou část požadavku.

(Skóre 0–3)

JAZYK

9. JAZYK – PSANÍ

- Požádejte pacienta: „Nyní napište jakoukoliv větu do volného prostoru listu.“
Použijte List pro pacienta.

Přidělíme 1 bod, pokud věta obsahuje podmět a přísudek a je logicky koherentní.

(Skóre 0–1)

10. JAZYK – OPAKOVÁNÍ

- Požádejte pacienta: „Opakujte po mně následující slova.“

10a **nosorožec** **výstřednost** **nesrozumitelný** **statistik**

Hodnotíme:

2 body, pokud jsou zopakována všechna slova správně

1 bod, pokud jsou zopakována tři slova správně

0 bodů, pokud jsou správně zopakována dvě slova nebo méně slov

(Skóre 0–2)

10b „Více než, naopak a podobně.“

(Skóre 0–1)

10c „Ne jestliže, pokud nebo ale.“

Přidělíme 1 bod za každou správně zopakovanou větu.

(Skóre 0–1)

11. JAZYK – POJMENOVÁNÍ PŘEDMĚTŮ

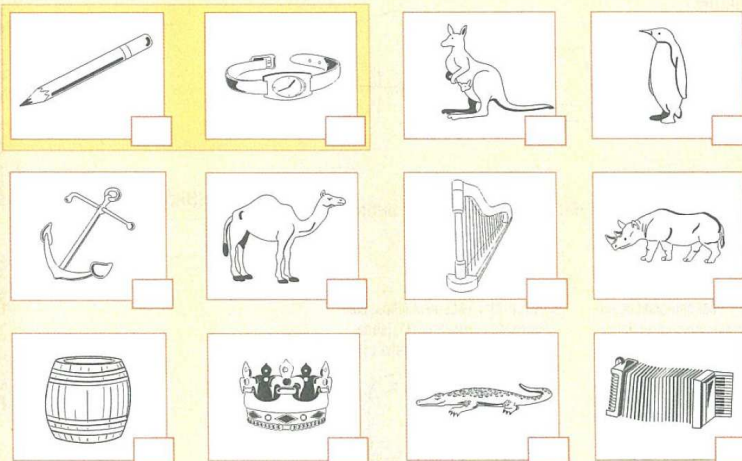
- Požádejte pacienta: „Pojmenujte předměty na obrázcích.“

Použijte List pro pacienta.

Přidělíme 1 bod za každý správně pojmenovaný předmět.

tužka + hodinky
(Skóre 0–2)

všech 12 obrázků
(Skóre 0–12)



12. JAZYK – POROZUMĚNÍ

- Použijte obrázky z Listu pro pacienta z úlohy č. 11 a zeptejte se pacienta:

Ukažte jeden obrázek, který souvisí s královstvím.

Ukažte jeden obrázek, na kterém je vačnatec.

Ukažte jeden obrázek, který souvisí s Afrikou.

Ukažte jeden obrázek, který souvisí s námořnictvím.

Přidělíme 1 bod za každou správnou odpověď.

(Skóre 0–4)

13. JAZYK – ČTENÍ

- Požádejte pacienta: „Nyní přečtěte následující slova.“

Použijte List pro pacienta.

šít litr saze těsto výška

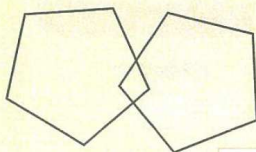
Přidělíme 1 bod, pokud pacient přečte správně všechna slova.

(Skóre 0–1)

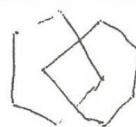
14. ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI

14a Překrývající se pětiúhelníky

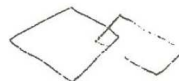
- Požádejte pacienta: „**Překreslete následující dvourozměrný obrázek.**“
U pětiúhelníků by mělo být jasně rozpoznatelných jejich pět stran a překřížení.
Použijte List pro pacienta.



Příklad:
Správně = skóre 1



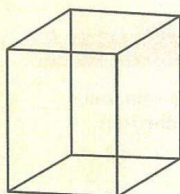
Příklad: Špatně = skóre 0



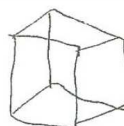
(Skóre 0–1)

14b Kostka

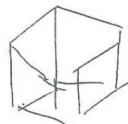
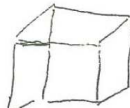
- Požádejte pacienta: „**Nyní překreslete daný trojrozměrný obrázek.**“
U kostky by měly být rozpoznatelné všechny strany v adekvátních úhlech a vzájemných prostorových propojeníh. Použijte List pro pacienta.



Příklad: Skóre 2



Příklad: Skóre 1



(Skóre 0–2)

14c Hodiny

- Požádejte pacienta: „**Nakreslete hodiny, ciferník s číslicemi, a poté dokreslete ručičky, které ukazují 5 hodin 10 minut.**“

Doplňující instrukce pro skórování naleznete na str. 6.

(Skóre 0–5)

Kruh (1) | jedna ručička umístěná správně (1).

Skóre 2



Kruh (1) | všechny číslice jsou napsány, ale nejsou umístěny v kruhu (1).

Skóre 2



Kruh (1) | všechny číslice, ale chybně rozmístěné (1), jedna ručička správně umístěná (1).

Skóre 3



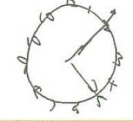
Kruh (1) | všechny číslice, avšak neumístěné (1) v kruhu, jedna ručička správně umístěná (1).

Skóre 3



Kruh (1) | číslice nejsou umístěné v kruhu, 2× číslo 10 (0), ručičky správně umístěné (2).

Skóre 3



Kruh (1) | číslice v kruhu a správně rozmístěné (2), jedna ručička umístěná správně (1).

Skóre 4



Kruh (1) | všechny číslice, ale nesprávně rozmístěné (1), obě ručičky umístěné správně (2).

Skóre 4



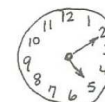
Kruh (1) | číslice v kruhu a správně rozmístěné (2), jedna ručička umístěná správně (1).

Skóre 4



Kruh (1) | číslice správně rozmístěné po obou stranách ciferníku (2), obě ručičky správně umístěné (2).

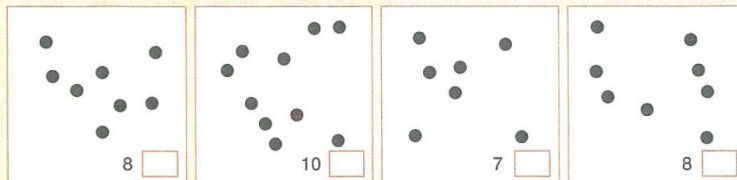
Skóre 5



15. PERCEPČNÍ SCHOPNOSTI

- Požádejte pacienta: „**Spočítejte všechny tečky v daném obrázku bez toho, aniž byste si na ně ukazoval.**“
Použijte List pro pacienta.

Přidělíme 1 bod za každý správně určený počet teček ve čtverci.

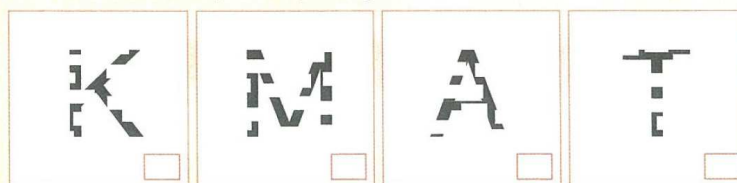


(Skóre 0–4)

16. PERCEPČNÍ SCHOPNOSTI

- Požádejte pacienta: „**Přečtěte následující písmena.**“
Použijte List pro pacienta.

Přidělíme 1 bod za každé správně rozpoznané písmeno.



(Skóre 0–4)

17. VYBAVENÍ (RECALL) – VYBAVENÍ ANTEROGRÁDNÍCH PAMĚŤOVÝCH INFORMACÍ

- Řekněte pacientovi: „**Před nějakou chvílí jste se učil(a) a měl(a) si zapamatovat adresu. Zkuste mi ji nyní zopakovat.**“

Přidělíme 1 bod za každou správně vybavenou položku.

Martin ☐ Dvořák ☐
Sadová ☐ ulice ☐ 73 ☐
Hostěnice ☐
Liberec ☐

(Skóre 0–7)

18. ZNOVUPOZNÁVÁNÍ (REKOGNICE)

Tato část je administrována, pokud pacient selže v předchozí zkoušce ve vybavení jedné nebo více položek. Pokud si pacient vybaví všechny položky předchozí zkoušky, přeskočíme tuto zkoušku a automaticky skórujeme 5 bodů. Testujeme pouze pacientem nevybavené položky.

(Skóre 0–5)

- Pacientovi řekněte:

„**Dobře, nyní vám budu trochu napovídat. Například, řeknu vám tři jména a vy z nich zkusíte vybrat to, které bylo uvedeno na adrese. Takto budeme pokračovat i v dalších položkách.**“

Každá správně rozpoznaná položka je hodnocena jedním bodem, který připočteme k bodům případně získaným automaticky správním spontánním vybavením v minulé zkoušce.

Pavel Dvořák	<input type="checkbox"/>	Martin Dvořák	<input type="checkbox"/>	Martin Doležel	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
Květinová ulice	<input type="checkbox"/>	Sadová ulice	<input type="checkbox"/>	Sadová třída	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
37	<input type="checkbox"/>	76	<input type="checkbox"/>	73	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
Pavlovice	<input type="checkbox"/>	Hostěnice	<input type="checkbox"/>	Smíchov	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
Liberec	<input type="checkbox"/>	Plzeň	<input type="checkbox"/>	Olomouc	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>

CELKOVÉ SKÓRE					
ACE-R		/100	MMSE		/30

SUBSKÓRE			
Pozornost a orientace	úloha č. 1, 2, 3		/18
Paměť	úloha č. 4, 5, 6, 17, 18		/26
Verbální fluence	úloha č. 7a, 7b		/14
Jazyk	úloha č. 8a, 8b, 9, 10a–c, 11, 12, 13		/26
Zrakově-prostorové schopnosti	úloha č. 14a–c, 15, 16		/16

SKÓRE

Normativní hodnoty jsou stanoveny na souboru dementních pacientů ve věku 46–86 let a kontrolní skupině ve věku 52–75 let.

VÝZNAM TESTU aneb Co jsme testem zjistili?

I. Význam testu pro záchyt syndromu demence

Skóruje-li pacient 88 bodů a méně je senzitivita pro demenci 94 % a specifita 89 %.
(Pokud zvolíme přísnější kritérium, tzn. hranici 82 bodů a méně je senzitivita 84 % a specifita 100 %).

II. Význam pro odlišení Alzheimerovy choroby (ACH) a frontotemporální demence (FTD)

Pro výpočet poměru použijeme výsledky dosažené v uvedených oblastech – viz subskóre, přičemž za paměť dosadíme pouze skóre získané v úloze č. 17 (vybavení – recall).

(nezvládají pacienti s FTD)					
POMĚR	Verbální fluence (viz subskóre)	<input type="text"/>	+	Jazyk (viz subskóre)	<input type="text"/>
	Orientace (viz subskóre)	<input type="text"/>	+	Paměť (pouze úloha č. 17)	<input type="text"/>
					= <input type="text"/>
					Jestliže < 2.2 = FTD Jestliže > 3.2 = ACH
(nezvládají pacienti s ACH)					

III. Demence s Lewyho tělísky

Pacienti trpící demencí s Lewyho tělísky často selhávají ve zrakově-prostorových schopnostech (úlohy 14a–c, 15, 16).

IV. Vaskulární demence

Typický je vícečetný různě vyjádřený defekt ve všech úlohách.

Doplňující pravidla pro skórování hodin (úloha 14c, str. 4)

Hodnotíme bodově odděleně provedení kruhu, rozmístění číslic na ciferníku a umístění ručiček.

Kruh

1 bod – za rozpoznatelné provedení kruhu

Číslice

2 body – pokud jsou napsány všechny číslice a současně jsou správně rozmístěny

1 bod – pokud ciferník zahrnuje všechny číslice, ale tyto jsou nekvalitně či chybně rozmístěny

Umístění ručiček

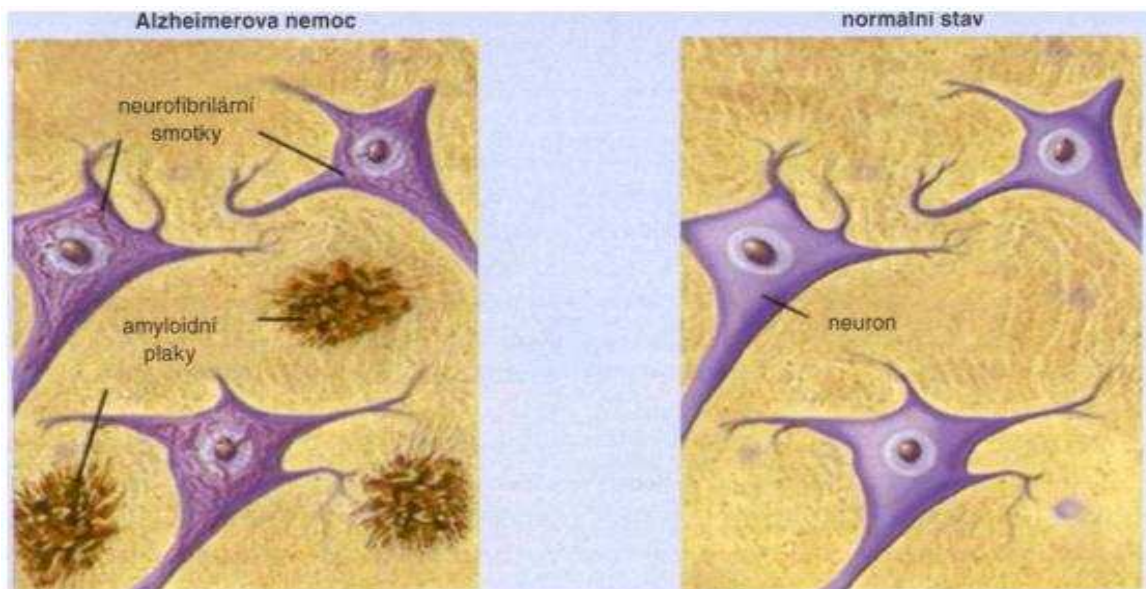
2 body – obě ručičky jsou správně umístěny, mají odlišnou délku („malá“ a „velká“ ručička) a směřují ke správným číslicím (můžete se pacienta zeptat a ujásnit si, která z ručiček je velká a která malá)

1 bod – pokud jsou ručičky správně nasměrovány k číslicím, ale mají špatnou délku
nebo 1 bod – pokud je jedna ručička nasměrována ke správné číslici a má také správnou délku
nebo 1 bod – pokud je alespoň jedna ručička nasměrována ke správné číslici

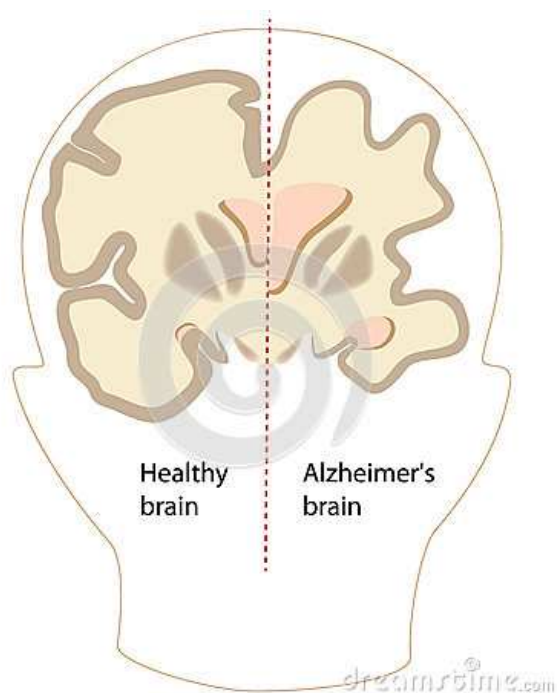
INSTRUKCE

Příloha č. 6

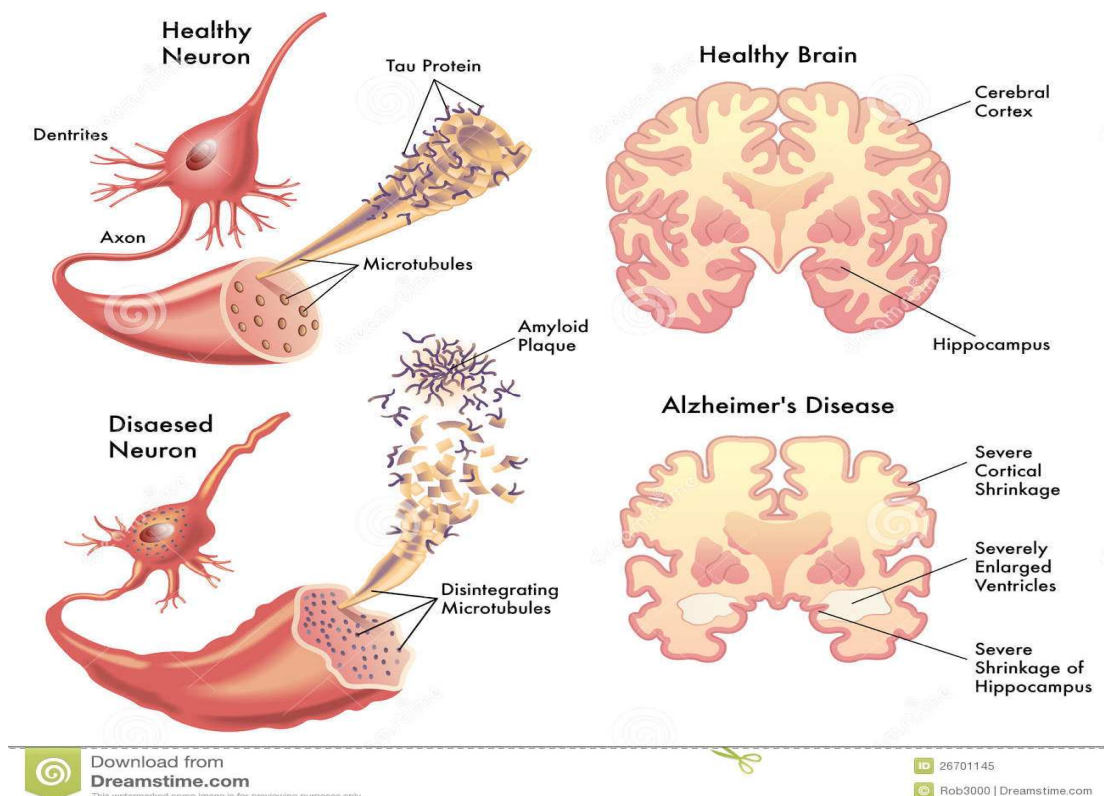
a) *Obrázky mikroskopických změn mozku u pacienta s Alzheimerovou nemocí a srovnání s normálním stavem u zdravého člověka:*



Zdroj: http://www.nudz.cz/adcentrum/klinicka_cast.html



Zdroj: <http://www.dreamstime.com/stock-photos-alzheimer-disease-image27017453>



Zdroj: <http://www.dreamstime.com/royalty-free-stock-photo-alzheimer-s-disease-image26701145>

b) První pacientka Dr. Aloise Alzheimerova

Origin of Alzheimer's Disease

The disease was first described by Dr. Alois Alzheimer, a German physician, in 1906. Alzheimer had a patient named Auguste D, in her fifties who suffered from what seemed to be a mental illness. But when she died in 1906, an autopsy revealed dense deposits, now called neuritic plaques, outside and around the nerve cells in her brain. Inside the cells were twisted strands of fiber, or neurofibrillary tangles. Since Dr. Alois Alzheimer's was the first person who discovered the disease, AD was named after him.



Auguste D

Zdroj: <http://www.slideshare.net/sanilmlore/alzheimers-disease-29439517>

Příloha č. 7

Reminiscenční kufřík



Zdroj: převzato z knihy od SCHWEITZER, Pam, TRILLING, Angelika. *Making Memories Matter*.

Příloha č. 8

Tvořivá odpoledne v denním stacionáři



Zdroj: vlastní foto archiv autorky

Příloha č. 9

Kognitivní rehabilitace - skládání mapky



Zdroj: vlastní foto archiv autorky

Příloha č. 10

Seznam otázek k rozhovorům s pracovníky v odborných zařízeních

Identifikační údaje: Ž/M

1. Kolik let pracujete v oboru a v jakém pracovním zařazení?
2. Jak dlouho pracujete v přímé práci s klienty s demencí?
3. O kolik klientů se staráte v rámci aktivizace?
4. Kteří pracovníci se věnují aktivizaci?
5. Proč si myslíte, že je vhodné/nutné využívat aktivizaci?
6. Jakých forem aktivizace nejčastěji využíváte ve vašem zařízení?
7. Jak působí aktivizace na klienta?
8. Máte nějaký kurz či další vzdělání na to, jak využívat aktivizační přístupy v praxi?
9. Používáte při aktivizaci některé z pomůcek?
10. Uveďte konkrétní příklad či zkušenost, kdy se Vám osvědčila konkrétní technika právě u klienta s demencí.
11. Pozorujete na klientech změny či zlepšení?
12. Můžete říci, zda je něco, co působí na klienty pozitivně/negativně?
13. Dáváte přednost určité technice? Máte s některou dobré zkušenosti? Jaké jsou její výhody a nevýhody?
14. Kde provádíte aktivizaci (speciální místnost, denní místnost, jídelna, u stolu, postel)?
15. Pracujete s klienty ve všech stádiích demence? Pokud ano, jak se liší jednotlivé formy aktivizace? Jsou lidé ve skupině rozděleni podle stádií demence?
16. Které formy aktivizace lze rozhodně využívat s klienty v 1. a 2. stupni demence?
17. Které formy aktivizace využíváte při práci s klienty ve 3. a 4. stadiu demence?
18. Jsou mezi účastníky aktivizačních činností pouze klienti s AN nebo i s jinou formou demence, případně bez kognitivní poruchy?
19. Využíváte pouze skupinových forem aktivizace nebo i individuální práce s klienty?
20. Jaká témata vybíráte pro aktivizaci (v případě reminiscence, kognitivního tréninku)?
21. Kde se nejčastěji inspirujete při přípravě aktivizačních činností?
22. Myslíte si, že klienti preferují některou z aktivizačních metod? Která to je? Mají možnost volby?

23. Ve kterých oblastech pomáhá klientům aktivizace?
24. Sledujete pozitivní vliv na kognitivní funkce u konkrétních forem aktivizace (reminiscence, kognitivního tréninku)?
25. V čem vidíte přínos aktivizace Vy osobně?
26. Myslíte si, že by klienti měli zájem o další formy aktivizace nebo jejich rozšíření?
27. Máte zájem o prohlubování dalších znalostí z oblasti aktivizace?
28. Probíhá aktivizace pravidelně nebo je součástí péče?
29. Využíváte nějaké kreativní techniky při práci s klienty?
30. Spolupracujete v rámci konkrétních forem aktivizace s rodinnými příslušníky?
31. Spolupracujete s jinými zařízeními, předáváte si své poznatky a zkušenosti?
32. Máte nějaké vlastní nápady a připomínky/náměty k provádění aktivizace?